جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
كليـة الدراســات العليـا
قسم العلوم الاجتماعية
الرعاية النفسية

" الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية "

بحث مقدم استكمالاً لمتطلبات الحصول على شهادة الماجستير

إعـداد الطالب
كتــاب بن عقيلان العتيبي

إشـــراف
الأستاذ الدكتور / سعيد عبد الله بن دبيس

١٤٢٦هـ - ٢٠٠٥م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University for Security Sciences

كلية الدراسات العليا

قسم: العلوم الاجتماعية	نموذج رقم (٢٦)

تخصص: صحة ورعاية نفسية

ملخص رسالة: ☑ ماجستير ☐ دكتوراه

عنوان الرسالة: "الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية"

إعداد الطالب: كتاب عقيلان العتيبي

إشراف: أ. د. سعيد عبد اللّه بن دبيس

لجنة مناقشة الرسالة:

١- أ. د. سعيد عبد اللّه بن دبيس	مشرفاً ومقرراً

٢- أ. د. معن خليل العمر	عضواً

٣- أ. د. عبدالحفيظ مقدم	عضواً

تاريخ المناقشة: ١٤٢٧/١/٢٧هـ الموافق ٢٠٠٦/٢/٢٦م

مشكلة البحث: تتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل الرئيس التالي:

ما طبيعة الرهاب الاجتماعي لدى المدمنين على الكحول والحشيش؟

أهمية البحث:

تتبع أهمية الدراسة الحالية في جانبين نظري وتطبيقي ، فللدراسة أهمية علمية تبرز من خلال إضافة مزيد من الضوء على مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش مما يعد إضافة علمية للأطر النظرية في هذا المجال ، والتعرف على جوانب معينة من مشكلة الرهاب الاجتماعي باعتباره أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً ، ومعرفة الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإصابة بهذا الاضطراب.

كما تتجلى أهمية هذه الدراسة بما تقدمه من توصيات واقتراحات للمؤسسات الاجتماعية المعينة كالأسرة والمدرسة ومستشفى الصحة النفسية ومنظومة العدالة الجنائية (القضاء – أجهزة الأمن – دور التوقيف).

أهداف البحث:

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في (العمر – التعليم – الحالة الاجتماعية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University for Security

COLLEGE OF Graduate Studies

Department: **Social Sciences**
Specialization: **Psychotherapy and Health care**

Thesis Abstract ☑ MA ☐ PH.D

Thesis Title: "Social phobia for Alcoholic and kanabis addicts and its relation with some personal variables"

Prepared by: Ketab Okealan Al-O'taibi

Supervisor: Prof. Sa'eed Abdullah bin Dobees

Thesis Defence Committee:

1- Prof. Sa'eed Abdullah Dubais — supervisor and reporter
2- Prof. Ma'en Khalil Al-O'mar — Member
3- Prof. Abdel Hafeez Mokadam — Member

Devence Date: 27/01/1427 A. H. – 26/02/2005 A. D.

Research Problem: The research problem was specified in answering this main question:

What is the nature of social phobia for Alcoholic and kanabis addicts?

Research Importance:

The importance of this current research has two sides: theoretical and practical. The study has a scientific importance through highlighting the social phobia problem for Alcoholic and kanabis addicts which is consider as a scientific addition to the theoretic side in this field. To identify specific sides from the social phobia problem considering it the most public psychology disturbances. Knowing the reasons and factors that lead this disturbance. The importance of this study appear clearly in introducing recommendations and suggestions to the related social institutions. Such as family, school, psychology and health care hospitals, Justice system (Judgment – police force – prisons).

Research Objectives: This study aims to identify the nature of social phobia for Alcoholic and drugs dealers and its relationship with some personal variables – including (age – education – social statue – income average). And to what extend is the social phobia is considered as a reason that pushes to have or deal with kanabis and

الإهـــداء

إلى شقيقي الأستاذ / **حزام بن عقيلان العتيبي** الرجل الذي تنحني كلمات الشكر والعرفان أمام قامته الشامخة .

إلى النفوس الحائرة التي أوقعها قدرها بين مطرقة المرض وسندان عدم فهم البعض لها.

أهدي هذا الجهد المتواضع

الباحث

شكر وعرفان

الحمد لله الذي علم بالقلم ، الحمد لله القائل (يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ) (المجادلة ، الآية : ١١) .

أحمده على نعمه ، وأشكره على فضله أن يسر لي إتمام هذا البحث.

ويطيب لي وقد انتهيت من إنجاز هذه الدراسة أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان والامتنان إلى أستاذي **سعادة الأستاذ الدكتور / سعيد عبد الله بن دبيس أستاذ علم النفس بجامعة الملك سعود** الذي تكرم بالإشراف على هذه الدراسة مشكوراً رغم أعبائه الجمة والذي كان خير عون لي طيلة فترة إعدادها ، وغمرني بسعة صدره وكريم سجاياه ، ولم يبخل عليّ بشيء من وقته وخبرته وعلمه حتى أبصرت هذه الدراسة النور فجزاه اللّه عني خير الجزاء .

كما يسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية التي تفضلت بقبولي ، وأخص بالشكر سعادة الأستاذ الدكتور/ أحسن طالب رئيس قسم العلوم الاجتماعية بالجامعة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كافة الأساتذة الذين تكرموا بتحكيم أداتي الدراسة من منسوبي جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، وجامعة الملك سعود .

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة الدراسة .

والشكر والتقدير والامتنان موصول لكل من مد يد العون للباحث أثناء إعداد هذه الدراسة وعلى رأسهم سعادة الأستاذ الدكتور / عبد الرزاق الحمد رئيس قسم الطب النفسي بجامعة الملك سعود ، وسعادة الدكتور / فلاح العتيبي ، استشاري الطب النفسي مدير الإدارة الطبية بمجمع الأمل

للصحة النفسية ، وسعادة الأستاذ / يزيد بن محمد الشهري ، الأخصائي النفسي بمجمع الأمل للصحة النفسية .

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأخ الأستاذ / ماضي بن حمود العتيبي على ما بذله معي من جهد متواصل طوال فترة إعداد هذه الدراسة فله مني عظيم الشكر والامتنان .

وختاماً أشكر كافة أفراد مجتمع الدراسة الذين تفضلوا بتعبئة الاستبانات ، وكان لموضوعيتهم دور كبير في الخروج بنتائج هادفة ، وأكرر شكري للجميع ، والحمد لله رب العالمين .

الباحث

قائمة المحتويات

الموضـــــــوع	الصفحة

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الفصـــل الأول
المـدخــل إلى مشكلة الدراسة

أولاً: مقدمـــــــــة الدراســـــــــة

ثانيـــاً: مـــــــشكلة الدراســـــــة

ثالثـــاً: تـــــــساؤلات الدراســـــــة

رابعـــاً: أهـــــــداف الدراســـــــة

خامـساً: أهميـــــــة الدراســـــــة

سادســاً: حـــــــدود الدراســـــــة

ســابعاً: مـــــــصطلحات الدراســـــــة

m

الفصل الأول

المدخل إلى مشكلة الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة

يعد الخوف أحد العناصر الأولية الانفعالية التي تحافظ على حياة الإنسان. فالفرد يولد ومعه الخوف الطبيعي وهو ذو تأثير إيجابي في حياته. ألا أن هذا الخوف ينقلب إلى مرض نفسي عندما يكون خوفاً شديداً ودائماً من المواقف الاجتماعية مصحوباً بأعراض جسمية كالرعشة، واحمرار أو اصفرار لون الوجه، وجفاف الحلق، وخفقان القلب، إضافة إلى الرغبة في تجنب هذه المواقف مما يترتب عليه التخلي عن بعض الأنشطة الحياتية، أو أن يتحمل تلك المواقف بكثير من المعاناة النفسية. وتشير الدراسات إلى أن الرهاب الاجتماعي هو أحد أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بين الناس فقد توصلت دراسة بسيوني (١٤٢٣هـ) التي أجريت على (٢١٢) شخص من المترددين على أحدى عيادات الأمراض النفسية والعصبية بالمنطقة الجنوبية من المملكة أن الغالبية العظمى منهم يعانون من الرهاب الاجتماعي وتتراوح بين (١٤ عاماً – ٦٥عاماً)، ويمثل الرجال منهم ما نسبته (٩٠٪). أما من حيث المهن التي يزاولونها فقد توزعت نسبتهم كما يلي (٣٢٪) جنود، ٢٣٪مدرسين، ١٠٪ طلبة، ٢٦٪ من أخرى.

وبالنظر إلى هذه المهن يلاحظ أنها تتطلب الأداء أمام الآخرين. ووجدت الدراسة أن ٦٠٪ من المرضى متزوجون، وأن ٧٥٪ يعانون من رهاب اجتماعي عام، منهم ٦٠٪ يعانون من أمراض أخرى مثل الاكتئاب النفسي والقولون العصبي، والقلق، والوسواس القهري.

ويشير الحمد(١٤٢٤هـ) إلى أن البعض من مرضى الرهاب الاجتماعي يلجأون إلى الكحول لمساعدتهم على حضور الحفلات وإلقاء المحاضرات أو الدروس ولكن في النهاية يصبح تعاطي الكحول مشكلة تضاهي مشكلة الرهاب.

ويشير المغربي (١٩٨٤م) إلى أن اللجوء إلى تعاطي الكحول والمخدرات ما هو إلا ميكانزم دفاعي، حيث أن الذات هي نواة الشخص وأي تهديد لقيمتها أو كفاءتها هو في الحقيقة تهديد لجوهر وجود الفرد، لذلك يبني حول الذات دفاعات نفسية متعددة لرفع قيمتها وحمايتها من الضعف والمهانة.

ويشير أرناؤوط (١٩٩٢م) إلى أن أكثر الشخصيات النفسية عرضة لتعاطي المسكرات هي الشخصية الانطوائية، وهو ذلك الشخص المنطوي الخائف من مواجهة الناس بالإضافة إلى الشخصية المكتئبة.

ويؤكد عبد الحميد(١٩٩٢م) في معرض سرده لنظريات إدمان الكحول أن أهم الأسباب التي تدفع المريض بالرهاب الاجتماعي إلى تعاطي المسكرات هو التدعيم حيث يجد المريض عند أول تعاطي له للكحول بأن الكثير من المخاوف الاجتماعية قد زالت وهذا يؤدي إلى تدعيم سلوك التعاطي.

ومن العرض السابق يتضح أن هناك مشكلتين كبيرتين هما الرهاب الاجتماعي وإدمان الكحول والحشيش، حيث يلجأ من يعاني من الرهاب الاجتماعي إلى تعاطي الكحول أو الحشيش للتغلب على تلك الأعراض التي تنتابه في المواقف الاجتماعية وتجعله شخصاً معرضاً عن تلك المواقف وتمنعه من تطوير قدراته وتحسين مهارته وتؤدي إلى ضياع حقوقه دون أن يبدي رأياً كما تحرمه من إقامة علاقات اجتماعية طبيعية مع الآخرين. إضافة إلى الصراع الداخلي النفسي الذي يؤدي إلى مضاعفات نفسية كالانطواء والاكتئاب، مما يترتب على ذلك علاج تلك الأعراض بطريق أشد فتكاً بحياته (Heimberg, 1994).

ثانياً: مشكلة الدراسة

يعد الرهاب الاجتماعي أحد أكثر الأمراض النفسية شيوعاً ، وتكمن خطورة هذا المرض في أمرين: أولهما شلل وتعطيل الكثير من المناشط الحياتية للفرد نتيجة للقلق الدائم الذي يشعر به خوفاً من تعرضه لموقف اجتماعي معين لا يستطيع مواجهته بشكل جيد مما يثير سخرية الآخرين وانتقادهم له، والأخر هو الأمراض النفسية التي تنشأ عنه كالاكتئاب والانسحاب والعزلة والوساوس القهرية ، الأمر الذي يؤدي إلى تدمير حياة الفرد المصاب بهذا الاضطراب ما لم تتداركه عناية طبية.

وقد أكدت دراسة أجراها الخاني، ١٩٩٠م إلى أن ٧٩٪ من العينة المراجعين لعيادته الخاصة مصابين بالرهاب الاجتماعي، وهذه النسبة تجعلنا نقف طويلاً أمامها لمعرفة الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى هذا المرض، وكيفية مواجهته وعلاجه. (المدخلي ، ١٤١٦هـ).

وفي دراسة أخرى لشلبي عن الرهاب الاجتماعي لدى السعوديين على عينة قوامها (٣٠٥) شخصاً أتضح أنه يمثل ١٣٪ من جميع الاضطرابات العصابية التي فحصت في العيادة. ويشير كثير من الباحثين أمثال (الحمد ، ١٤٢٤هـ) و (المالح ، ١٤٢٣هـ) و (دعيبس، ١٩٩٤م) و (ارناؤوط، ١٩٩٢م) و(المغربي، ١٩٨٤م) إلى أن كثيراً من المرضى بالاضطرابات النفسية خاصة الخوف من مواجهة الآخرين يلجأون إلى تعاطي الكحول والمخدرات للتغلب على المخاوف الاجتماعية التي يواجهونها. وهذا ما يدفع البعض من مرضى الرهاب الاجتماعي إلى تعاطي الكحول والمخدرات في معرض بحثهم عن دواء شافٍ للتغلب على أعراض هذا المرض وإعادة الاعتبار والاحترام والتقدير لذواتهم في أعين الآخرين. ويساعده على هذا التعاطي ما يسمى بالتدعيم وهو أن ذلك المريض عندما يتعاطى لأول مرة ويحس بالزوال المؤقت

لتلك الأعراض ينجرف إلى التعاطي ظاناً أنه اكتشف العلاج السحري لهذا المرض دون أن يعرف أنه عالج المرض بمرض آخر أشد فتكاً.

ومن خلال خبرة الباحث في أقسام التحقيق الجنائي لاحظ أن كثيراً من متعاطي الكحول يرفضون البقاء في التوقيف الجماعي المشترك مع باقي النزلاء، أو يرفضون الأكل والشرب والنوم معهم ويطالبون بالعزل في غرف بمفردهم، وعند سؤالهم يؤكدون أنهم يشربون المسكر أو يتعاطون الحشيش رغبة منهم في مواجهة المواقف الاجتماعية.

وقد تولدت لدى الباحث الرغبة في بحث هذا الموضوع للتأكد من مدى صحة ذلك من ناحية ، والتعرف على علاقة الرهاب الاجتماعي ببعض المتغيرات الشخصية لمدني المسكرات والحشيش من ناحية ثانية. هذا يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

❖ **ما طبيعة الرهاب الاجتماعي لدى المدمنين على الكحول والحشيش ؟**

وهل يختلف الرهاب الاجتماعي لدى المؤمنين على الكحول والحشيش باختلاف بعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في العمر ودرجة التعليم والحالة الاجتماعية؟

ثالثاً: تساؤلات الدراسة

١- ما درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات؟

٢- ما درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش؟

٣- هل توجد فروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المسكرات ومدمني الحشيش؟

٤- هل يختلف الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات باختلاف المتغيرات الشخصية؟

٥- هل يختلف الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش باختلاف المتغيرات الشخصية؟

٦- هل الرهاب الاجتماعي سبباً لتعاطي الكحول لدى أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات.

٧- هل الرهاب الاجتماعي سبباً لتعاطي الحشيش لدى أفراد عينة الدراسة من مدمني الحشيش.

رابعاً: أهداف الدراسة

يتمثل الهدف الرئيسي لهذه الدراسة في التعرف على الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش.

كما تهدف الدراسة إلى التعرف على علاقة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش ببعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في (العمر والتعليم والحالة الاجتماعية) وينبثق عن هذين الهدفين الأهداف الفرعية التالية:

١- التعرف على درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات.

٢- التعرف على درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش.

٣- التعرف على الفروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المسكرات ومدمني الحشيش.

٤- التعرف على أوجه الاختلاف بين مرضى الرهاب الاجتماعي من مدمني المسكرات باختلاف المتغيرات الشخصية لهم.

٥- التعرف على أوجه الاختلاف بين مرضى الرهاب الاجتماعي من مدمني الحشيش باختلاف المتغيرات الشخصية لهم.

٦- التعرف على مدى كون الرهاب الاجتماعي سبباً لتعاطي الكحول والحشيش لدى أفراد العينة.

خامساً: أهمية الدراسة

يمكن إبراز أهمية الدراسة الحالية في جانبين نظري وتطبيقي على النحو التالي:

١- **الأهمية النظرية:**

- إلقاء مزيد من الضوء على مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش مما يعد إضافة علمية للأطر النظرية في هذا المجال.
- التعرف على جوانب معينة من مشكلة الرهاب الاجتماعي باعتباره أحد أكثر الأمراض النفسية شيوعاً. ومعرفة علاقته ببعض المتغيرات الشخصية.
- قلة الدراسات العلمية في المجتمع السعودي فيما يتعلق بهذا الموضوع، حيث أن معظم الدراسات قد ركزت أهدافها على عينات مختلفة غير عينة الدراسة الحالية ، وعليه تعتبر هذه الدراسة أول دراسة في البيئة السعودية (حسب علم الباحث) تدرس الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش.

٢- **الأهمية التطبيقية:**

أ- من المتوقع أن تتيح النتائج التي سوف تتوصل إليها الدراسة إلى الفهم الدقيق لموضوع الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية.

ب- من المتوقع أن تتيح التوصيات التي سوف تتوصل إليها الدراسة إلى توجيه ضباط التحقيق إلى معرفة تلك الحالات المرضية والنفسية والتعامل معها بالطرق المناسبة.

ج- من المتوقع أن تتيح التوصيات التي سوف تتوصل إليها الدراسة إلى لفت اهتمام القضاة بهذه القضية وتبصيرهم بها للأمر بإحالة المصابين بالرهاب الاجتماعي إلى المصحات النفسية.

سادساً: حدود الدراسة:

١- الحدود المكانية: تتمثل الحدود المكانية بمدينة الرياض حيث يقع مجمع الأمل للصحة النفسية.

٢- الحدود الزمانية: الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ١٤٢٥-١٤٢٦هـ.

٣- الحدود الموضوعية: تتحدد الحدود الموضوعية للدراسة الحالية بعينة من نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية وتحديداً مدمني الحشيش والكحول الذين يتلقون الرعاية الصحية داخل المجتمع ، كما تتحدد بالأدوات المستخدمة في مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي المسكرات والحشيش، كما تتحدد أيضاً بالأساليب الإحصائية المستخدمة للإجابة على تساؤلات الدراسة.

سابعاً: مفاهيم الدراسة:

١- **الرهاب الاجتماعي :**

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية Diagnostical and statistical manaal of mental disorders (DSM-IV-TR, 200) الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي American psychiatric association (APA) الرهاب الاجتماعي بأنه الخوف الدائم والشديد والمستمر من موقف واحد أو أكثر من مواقف الأداء الجماعي التي قد يتعرض فيه الشخص إلى الفحص والتدقيق من قبل الآخرين مما يصيبه بالارتباك. "وهو الخاصية الأساسية للرهاب الاجتماعي" خشية القيام بعمل يبعث على سخريه الآخرين منه، كأن يتلعثم أثناء الحديث أمام جمع من الناس. ويؤدى التعرض إلى هذه المواقف إلى نشأه القلق، وظهور الدلائل الفسيولوجية الدالة عليه، مثل احمرار الوجه، وزيادة ضربات القلب والتعرق.

ويعرف الباحث الرهاب الاجتماعي إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات والحشيش على مقياس الرهاب الاجتماعي المستخدم في الدراسة الحالية.

٢- الإدمان :

يعرف الإدمان بأنه " سلوك مدفوع برغبة عارمة وملحة، وحاجة غالبة للاستمرار في تعاطي المخدر، وإحساسات جسمية محددة، تنجم عن اعتماد البدن على التعاطي، بحيث لو انقطع عنه الفرد تظهر عليه أعراض انسحابية وتتفاقم حالته وتسوء، وتشتد خطورة تلك الأعراض ما لم تدركه عناية طبية، ويصاب بآلام شديدة نتيجة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم ، شأنه في ذلك شأن من يحرم من الغذاء أو الهواء أو الماء (أحمد، ١٩٩٣م) .

٣- المسكرات:

تعرف المسكرات بأنها " كل مسكر سواء كان متخذ من الفواكه أو الحبوب أو السكريات أو العسل، وسواء كان مطبوخاً أو معالجاً بالنار أو نيئاً، وسواء كان معروف باسم قديم كالنبيذ أو الخمر أو مستحدث كالعرق والكونياك، والويسكي والبراندي والبيرة والشمبانيا". (دعبيس، ١٩٩٤م : ٩٤).

٤- الحشيش:

يعرف الحشيش بأنه المادة الصمغية المأخوذ من نبات القنب حيث يستخلص من القمم المزهرة من أنثى النبات خلال موسم الأزهار، ثم يجفف ويوضع في مكابس ويضغط، فينتج مادة راتنجية لزجة ثم يخلط ببعض الحناء واللبان لزيادة وزنة فيصبح لونه بنياً مائلاً للخضرة، ويعرف بأسماء متعددة حول العالم فالحشيش هو المادة الراتنجية المفرزة المجففة التي تسيل من الأجزاء العليا من القمم المزهرة أو أوراق النبات،ويسمى بالمرجوانا عندما تخلط تلك المادة الصمغية لنبات القنب بالأوراق والساق والبذور (المغربي ، ١٩٨٤م).

الفصـــل الثــانـــي
الإطـــــــــــار النظـــــــــري

الفصل الثاني
الإطار النظري

يعرض الباحث في هذا الفصل للأطر النظرية ذات العلاقة بمتغيرات دراسته المتمثلة في الرهاب الاجتماعي والإدمان والمسكرات والحشيش وفيما يلي عرض لها:

المخاوف المرضية :

لعل من أهم الدوافع الفطرية التي حفظت حياة الإنسان على سطح هذا الكوكب دافع الطوارئ، وهو أحد الدوافع الأساسية الفطرية الموجودة لدى الإنسان والحيوان على حد سواء. وفحوى ذلك الدافع هو أنه عندما يستشعر الإنسان أو الحيوان أي خطر يهدد كيانه، وينذر بإلحاق الضرر به فإنه يتصرف بإحدى طريقتين، إما الهجوم وذلك بعد أن يتخذ الجسم الآليات اللازمة لذلك وأهمها تخزين الطاقة ، وإما الخوف والهرب والانسحاب. ويحكم اللجوء على أحدى هاتين الطريقتين شروط عديدة لعل أهمها الموازنة بين أمكانية الربح والخسارة (طالب، ٢٠٠١م).

والخوف أحد أهم الآليات التي ساعدت الإنسان على البقاء فبالرغم من أن هذا الدافع موجود لدى الإنسان والحيوان إلا أن قدرات الإنسان العقلية والادراكيه ساعدته على تطوير أداء هذا الدافع، عن طريق الموازنة بين المكاسب والخسائر التي تعود عليه من جراء الدخول في موقف معين.

وهو انفعال سلوكي يدفع الفرد باتجاه تجنب الموقف الذي يثير في نفسه ذلك الشعور.

ولعل من أوائل المفكرين الذين تنبهوا إلى دور الخوف في ضبط سلوك الإنسان رائد المدرسة التقليدية في تفسير الجريمة البريطاني " جريمي بنتام ".

ففي معرض تصديه لتفسير السلوك الإجرامي، أكد على أن الإنسان يوازن بين اللذة والألم قبل أقدامه على ارتكاب الفعل، فإذا كانت التي تعقب ارتكاب الفعل أكبر من الألم المترتب عليه فإنه سوف يقوم بارتكاب ذلك الفعل، ولذلك طالب بأن تفوق العقوبات المقررة للأفعال الإجرامية المكاسب والفوائد المترتبة على ارتكابها، (طالب، ٢٠٠٣م).

والخوف أحد المكونات الأساسية للوجود الإنساني وجانب مستديم للحالة الإنسانية، وهو من أكبر الخبرات الإنسانية شيوعاً وانتشاراً ففي كل الثقافات والعصور يتعرض الإنسان لتهديدات حقيقية أو متخيلة تستدعي حاله الاستثارة المتمثلة في الخوف.

والخوف الطبيعي هو الذي يرتبط بمثير حقيقي يستدعي هذه الاستجابة، وهو نعمة كبيرة وهبها الله عز وجل لنا، ولعب دوراً في وحدة الإنسانية ضد الأخطار وتكوين الجماعات لتبادل الحماية، إلا أن هذا الخوف المحمود قد ينقلب إلى نقمة تحيل حياة الإنسان إلى جحيم لا يطاق، وتعيق نشاطاته الحياتية وتقف حاجزاً أمام طموحاته وتطلعاته، وتمنعه من لذة الاستمتاع بهذه الحياة، وتجعله عبداً لمخاوف لا أساس لها أصلاً، أو لمخاوف لا تستدعي أن يدفع الإنسان عمرة ثمناً لها.

ولعل خطورة هذا النوع غير المحمود من الخوف هو النتائج الرهيبة التي تلقي بظلالها على حياة الفرد، ولنا أن نتصور فداحة الضرر النفسي الذي يلحق بذلك الفرد، والأمراض النفسية الأخرى المرتبطة به بشكل أو بأخر، مثل الاكتئاب والوساوس القهرية، والانسحاب والعزلة وغيرها من الاضطرابات.

كما لنا أن نتصور الأضرار الاجتماعية، والأسرية والمادية، التي تحيل حياة الفرد إلى ركام. ولعل أبلغ وصف يمكن أن يعبر عن حجم تلك المأساة ما ذكره أحد المتعافين من الرهاب الاجتماعي للباحث عندما وصف

ذلك المرض بأنه " مفتاح جهنم" وأن يوم مولده الحقيقي هو الذي تعافى فيه من ذلك المرض.

ويعد الرهاب الاجتماعي ضمن المخاوف المرضية التي يصنفها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM.IV, 1994, 2000) ضمن اضطرابات القلق ولذلك يعرض الباحث هنا لاضطرابات القلق باعتبارها مدخلاً مهماً لمعرفة طبيعة الرهاب الاجتماعي ولإعطاء خلفية متكاملة عن تلك الاضطرابات.

اضطرابات القلق:

يشير اودين في كتابة عصر القلق Auden إلى أن ابرز ما يميز عصرنا الحاضر عن غيره من العصور هو " القلق " وليس الثورة العلمية والتكنولوجية مما يعكس الوحدة النفسية التي يعيشها إنسان هذا العصر. إلا أن الاعتقاد بأن القلق هو وليد للثورة العلمية والتكنولوجية وهذا العصر خطأ فادح، فالثورة الصناعية والعلمية أسهمت في الانعزال والفردية التي يشعر بها الإنسان، مما أدى إلى تنامي الشعور بالقلق، إلا أن القلق والخوف أشكال من الاضطرابات التي ارتبطت بالإنسان بشكل دائم بل أنه من المرجح أنه لا توجد خبره إنسانية أكثر عمومية وعالمية من القلق والخوف، بل أن الفيلسوف " هايدجر(Heidegger) اعتبر أن الوجود ككل هو موضوع القلق، وأن احتمالية الفناء والعدمية هي لب ظاهرة القلق، (المدخلي ، ١٤١٦هـ).

والقلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وتكمن خطورته في أنه يحدث خلل وظيفي كبير لدى الفرد ، ويعزز الشعور بالألم ، لذلك فإن الإلمام بجميع جوانب هذا الاضطراب يشتمل على أهمية كبيرة لارتباطه بالتوافق الاجتماعي، ولتأثيره البالغ في حياة اغلب الأفراد.

ويعد القلق ظاهرة إنسانية يخبرها الجميع من حيث النوع ويختلفون فيها من حيث الدرجة، وتبقى تلك الدرجة هي حجر الزاوية لتحديد ما إذا كان القلق صحياً يعمل على التحفيز لتحقيق الطموحات والأهداف، أو مرضياً معطلاً للمناشط الحياتية ومعيقاً لها، وزيادة الدرجة أو نقصانها عن المعدل الطبيعي يعني أن هناك اضطراباً يجب معالجته.

مفهوم القلق Enxiety:

يذهب بعض علماء النفس إلى أن القلق بمفهومه العام هو خوف مرضي لا يكون استجابة لموضوع معين ، وهو خوف نوعي يتصف به الأفراد الذين يعانون مشاعر من الخوف لا يعرفون سببها.

ويعرف ياسين (١٩٨٨م) القلق بأنه: "شعور غامض عام بالخوف والتوجس والتوتر دون إدراك لمصدر الخوف.

ويكون مرضياً عندما يصاحب الفرد في كل مكان ولا يمكن مواجهة مصدره ويصبح مصدر للرعب والوساوس والتفكير والضيق، ويكون مصحوباً بأحاسيس جسمية تتكرر بين حين وأخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو فراغاً في المعدة أو تسارعاً في نبضات القلب.

ويتكون اضطراب القلق من جوانب مختلفة تشتمل على المكونات التالية:

١- الدلائل الذاتية للقلق- أو التقرير الذاتي للقلق Self Reported Anxiety. ويتضمن الهم والتكدر كعنصر اكتئابي، وضعف القدرة على التفكير بوضوح والخوف والخشية من خطر مرتقب، والشعور بالارتباك والتوتر، كما تتضمن هذه المكونات إدراك الفرد لاستجابته الجسمية وللتغيرات الفيزيولوجية التي طرأت عليه مثل توتر العضلات.

٢- الدلائل الفسيولوجية للقلق، ويتمثل في عدد من الاستجابات الجسمية المرتبطة بالقلق، والتي يمكن قياس كثيراً منها بواسطة، جهاز Polygraph أو ما يطلق عليه جهاز كشف الكذب. وتتضمن هذه الاستجابات سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم، وصعوبة التنفس والتعرق، وهذه الاستجابات ليس بالضرورة أن تكون موجودة لدى جميع المصابين بالقلق، فلكل فرد نمطه الخاص المميز للاستجابة الجسمية.

٣- الدلائل السلوكية للقلق.

من السهل التعرف على الدلائل السلوكية للقلق،فإذا رأينا شخص غير مستقر أو يداه ترتعشان، أو يتصبب عرقاً، أو صوته يرتجف، أو يذرع المكان ذهاباً وإياباً، فأننا نقول بأن ذلك الشخص تبدوا عليه علامات القلق، والتي تختلف من شخص إلى آخر ويبرز العلماء السلوكيون نمطين سلوكيين متعلقين بالقلق هما : السلوك الاحجامي Avoidance behavior والسلوك الهروبي Escape behavior ، (الرشيدي وآخرون ، ٢٠٠١م : ١٥٧).

تصنيف اضطرابات القلق:

تحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسي في دليلها التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV, 1994, 2000) مفهوم القلق واضطراباته على النحو التالي:

القلق هو الخشية أو الخوف من شر أو خطر مرتقب (Apprehension) أو التوتر (Tension) أو الارتباك أو الاضطراب أو المشقة (Uneasiness) من توقع الخطر، ويكون مصدر القلق من داخل النفس (Intrapsychic) تمييزاً له عن الخوف (Fear) الذي هو استجابة انفعاليه لتهديد أو خطر عاده يكون من خارج الفرد .

وتصنف اضطرابات القلق حسب الدليل التشخيصي الإحصائي في الفئات التالية:

١- رهاب الأماكن الواسعة أو رهاب الخلاء. Agora phobia

٢- الرهاب النوعي. Specific phobia

٣- الرهاب الاجتماعي. Social phobia

٤- اضطراب الهلع. Panic attack

٥- اضطراب الوسواس القهري. Obsessive compulsive disorder

٦- اضطراب القلق العام. Generalized anxiety disorder

٧- اضطراب القلق التابع للصدمة. Post traumatic disorder

٨- اضطراب القلق الناتج عن العقاقير والمخدرات.

٩- اضطراب القلق غير محدد النوعية.

ويمكن تقسيم اضطرابات القلق إلى فئتين رئيسيتين هما:

- الاضطرابات الرهابية Phobic disorders
- حالات القلق Anxiety states

وتختلف اضطرابات القلق في هاتين الفئتين من حيث الدرجة التي يكون فيها القلق محدداً أو عائماً. ففي الاضطرابات الرهابية يكون القلق محدداً بموقف أو موضوع معين، ومرتبطاً به. أما في حالات القلق فيكون القلق عائماً لا يرتبط بموقف أو موضوع محدد، بل حالة تصاحب الفرد في كل مكان وفي جميع الأوقات، أو ما يسمي بالحالة الطليقة Floating Free

المخاوف المرضية (الفوبيا):

أشتق مصطلح الفوبيا "Phobia " من الكلمة الإغريقية " Phobos " والتي تعني الرعب أو الخوف وقد بدأ الاستخدام العلمي لهذا المصطلح مع مطلع القرن التاسع عشر ، (عيسوي، ١٩٨٨م).

ويقارب هذا المصطلح العديد من المصطلحات مثل الخوف Fear والتوجس Apprehension والاهتمام Worry ، (الدسوقي، ١٩٨٧م).

مفهوم المخاوف المرضية:

يعرف سترنج المخاوف المرضية بأنه" خوف شاذ، أو غير منطقي، أو غير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق، وهو خوف مؤلم وحاد ، (الدسوقي، ١٩٧٤).

ويعرفه English & English بأنه: " خوف شديد من نوع معين من الأشياء أو المواقف، لا يفارق الشخص، رغم أنه لا أساس له من وجهة نظره، (الشبانات، ١٤١٦م).

كما يعرفه ماركس Marks بأنه "خوف شديد يصاحب المرء في موقف لا يمثل في الواقع مصدر خطر".

ويعرفه ياسين (١٩٨٨م) بأنه خوف شديد في غيبة الخطر الحقيقي الذي يهدد حياة الفرد.

وتتدرج المخاوف المرضية وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي (American psychiatric association, DSM-IV, 1994) ضمن اضطرابات القلق (Anxiety Disorders) وهو الأمر الذي استقرت عليه الرابطة منذ إصدارها الثالث في عام ١٩٨٧م، بعد أن كان الدليل الثاني يضع المخاوف المرضية ضمن فئة مستقلة قائمة بذاتها داخل مجموعة الأمراض العصابية.

وتشمل المخاوف المرضية وفق التصنيف التشخيصي الرابع للرابطة على ثلاثة أنواع:

١- رهاب الساحة أو الخلاء Agora Phobia

٢- الرهاب المحدد أو النوعي Specific Phobia

٣- الرهاب الاجتماعي Social Phobia

ويتميز رهاب الساحة بالقلق والخوف من الأماكن والمواقف التي يكون من الصعوبة أو الإحراج الهرب منها. أو تلك التي يصعب على المرء فيها الحصول على المساعدة والعون في حالة إصابته بنوبة رعب أو فزع.

ويؤدي هذا القلق إلى تجنب المريض العديد من المواقف مثل الخروج من المنزل بمفرده، أو البقاء في المنزل بمفردة، أو التواجد في الزحام، أو استخدام المصاعد الكهربائية، أو صعود الأماكن المرتفعة، وقد يستطيع المريض مواجهة هذه المواقف إلا أن ذلك يكون بعناء ومشقة.

ويتميز الرهاب المحدد أو النوعي، بالخوف الشديد من التعرض لمواقف أو أشياء محدده، كالخوف من ركوب القطارات، أو الطائرات، حيث يؤدى التعرض لذلك الموقف إلى الشعور بخوف شديد خشيه وقوع الحوادث، لذلك يحرص المصاب بالرهاب النوعي على تجنبها، مع علمه المسبق أن مخاوفه مبالغ فيها وليست واقعية.

وتتنوع أشكال المخاوف النوعية لتشتمل على رهاب الحيوانات، ورهاب الحشرات ، ورهاب المرتفعات، ورهاب الطيران، ورهاب الأماكن المغلقة... وغيرها.

والرهاب الاجتماعي هو النوع الثالث للمخاوف، وهو خوف مستمر لا شعوري من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية، يعتقد فيه الفرد بأنه سوف يتصرف بشكل يثير سخرية واحتقار الآخرين له ، لذلك يتجنب تلك

المواقف مثل حضور المناسبات العامة، أو إلقاء كلمة ارتجالية في حفله وعندما يضطر الفرد إلى الدخول في تلك المواقف فإنه قد يتحملها بعناء وجهد كبيرين.

ويمكن لنا أن نخلص إلى أن المخاوف المرضية أو الرهاب، هو خوف مستديم وغير معقول من موضوع أو نشاط أو موقف معين، ينتج عنه رغبة تجبر الفرد على تجنب الموضوع أو النشاط أو الموقف الباعث على الخوف، ويستثار هذا الخوف بواسطة إشارات تقترن بوجود أو توقع موضوع أو موقف أو نشاط معين، يؤدى التعرض له في الغالب إلى استدعاء إستجابه فورية للقلق أو لنوبة الهلع، على الرغم من أن الفرد يدرك ويعلم غالباً بأن خوفه زائد عن الحد الطبيعي. لذلك يذهب الفرد إلى تجنب المواقف قدر الإمكان، وإذا اضطر إلى الدخول لتلك المواقف فإنه يتحملها على مضض وبمكابده شديدة.

ويشتمل الرهاب على نوعين من المخاوف هما:

النوع الأول: مخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع مثل رهاب الأماكن المفتوحة أو رهاب الأكل أمام الآخرين.

النوع الثاني: مخاوف عادية يقوم الفرد بتضخيمها بشكل مبالغ فيه، إلى حد كبير مثل الخوف من ركوب المصاعد أو الطائرات.

ويؤدى الرهاب غالباً إلى دفع الفرد نحو سلوك مضطرب عند وجود المثير الرهابي، يأخذ هذا السلوك احد المسارين التاليين:

المسار الأول: تجنب المواقف الباعثة على الخوف، مثل تجنب الذهاب إلى الحفلات والمناسبات أو تجنب ركوب الطائرات والمصاعد، وغيرها. وهذا يعني توقف الكثير من أنشطة الفرد، وضياع الكثير من الفرص عليه وحرمانه من لذة الاستمتاع بالحياة.

المسار الثاني: الدخول مضطراً إلى الموقف أو الموضوع الذي يخافه. وهذا هو أسوأ الاحتمالات بالنسبة للمصاب بهذا المرض، وهو يعني الكثير من الخوف والهلع وظهور العلامات الفسيولوجية الدالة على الخوف، من تعرق وتسارع في ضربات القلب وغيرها، مما يدفعه نحو سرعة التخلص من ذلك الموقف بأقل الخسائر وبأقل الحرج، ومن ثم الحرص على عدم العودة مرة أخرى إلى مثل ذلك الموقف مهما كانت النتائج. وهذا ما يفسر رفض الكثير من الأفراد للحديث الأرتجالي أمام جمهور من الناس مهما كانت المغريات، وذلك لوجود خبره سابقة مؤلمه ، (Amies, 1983) .

ويصنف الحجار المخاوف المرضية إلى أنواع هي:

١- رهاب الساحة "الأماكن المفتوحة "ويرى أنه الأكثر شيوعاً بنسبة ٦٠٪ من جميع أنواع الرهاب:

٢- الرهاب الاجتماعي، ويأتي في المرتبة الثانية من حيث الشيوع والانتشار بالنسبة لمرتادي العيادات النفسية.

٣- رهاب الحيوانات، وهو أقل من النوعين السابقين ويبدأ عاده في مرحلة الطفولة.

٤- المخاوف المرضية النوعية، كالخوف من ركوب المصاعد الكهربائية.

٥- رهاب المرض، وهو خوف شديد من الإصابة بمرض معين كالسرطان أو أمراض الكبد الوبائية أو النوبات القلبية، ويشتمل هذا النوع على اجترار أفكار تخوفيه مصحوبة ببعض الوساوس وتوهم المرض.

٦- المخاوف المرضية الوسواسية، كالخوف من التلوث بالجراثيم الذي يدفع الإنسان لغسل يديه عشرات المرات.

وهذا التصنيف يوافق إلى حد كبير تصنيف حلمي حامد، للمخاوف المرضية حيث يقسمه إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:

١- رهاب الحيوانات Zoophobia

٢- رهاب المواقف أو الأماكن.

٣- رهاب الاختلاط بالناس (الشبانات، ١٤١٦هـ).

أولاً : الرهاب الاجتماعي Social Phobia

يصنف الرهاب الاجتماعي وفق دليل رابطة الطب النفسي الأمريكية الرابع"١٩٩٤" ضمن اضطرابات القلق، وعلى الرغم مما حظيت به هذه الاضطرابات من اهتمام كبير من قبل العلماء، والباحثين، والأطباء النفسيين، فلا تزال المخاوف المرضية بوجه عام والرهاب الاجتماعي على وجه الخصوص أقل أنواع القلق فهما، رغم النمو المذهل والمطرد في دراسة تلك الاضطرابات.

وتعود الجذور الأولى في ملاحظة ووصف اضطرابات الرهاب إلى الفيلسوف "هيبر قراط"حيث يقول في معرض وصفه لأحدى الحالات "خلال الخجل والتشكك والرهبة لن يرى خارج بيته، فهو يفضل إلا يذهب مع رفقة خوفاً من أن يساء استغلاله، و يحط من شأنه، أو يجاوز حد الاعتدال في، أحاديثه، أو يناله السقم حيث يظن أن كل رجل يلاحظه"، (الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٦م).

وقد تم التعرف على اضطراب الرهاب الاجتماعي بشكل علمي لأول مره بواسطة ماركس وجيلدر Marks & Gelder إلا أنه لم يظهر كاضطراب له تصنيفه التشخيصي إلا في الآونة الأخيرة، حيث كان ذلك، منذ إصدار الدليل التشخيصي الثالث لرابطة الطب النفسي الأمريكية، (DSM- III, 1983).

والرهاب الاجتماعي خوف مستمر وشديد من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء الجماعي، التي قد يصاب فيها الفرد بالارتباك، وغالباً ما يؤدى التعرض إلى هذه المواقف إلى استثاره استجابة القلق، لذلك يحرص المصابون بالرهاب الاجتماعي على تجنب هذه المواقف والهرب منها. وإذا اضطر الفرد المصاب إلى الدخول في تلك المواقف التي يخشاها فإنه يتحملها بجهد وعناء وكدر.

ويدرك المصاب بالرهاب الاجتماعي من المراهقين والراشدين أن تلك المخاوف زائدة عن حدها ولا مبرر لها، إلا أن ذلك لا ينطبق على الأطفال.

تعريف الرهاب الاجتماعي:

الرهاب لغة :

رَهَبَ خَاَفَ. والرهبان هو الخوف العظيم ، والرهبانية هي الزهد في الدنيا والترهب التعبد(البستاني ، بدون تاريخ).

الرهاب الاجتماعي اصطلاحاً :

تعددت التعاريف التي تناولت الرهاب الاجتماعي كأحد الاضطرابات النفسية الشائعة، وفيما يلي عرض لبعض تلك التعاريف:

يعرف الرهاب الاجتماعي بأنه " خوف من الأكل ، والشرب أو الارتعاش أو الاحمرار أو التحديث أو الكتابة أو التقيؤ أمام الآخرين" (Liedowiz et al., 1985 : 729).

ويعرفه حموده (١٩٩٠م) بأنه" الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام وينشأ عن ذلك خوف مستمر من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين.

كما يعرف الرهاب الاجتماعي وفق التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية والسلوكية: Classification of Mental and Behavioural diseases (ICD, 1992:92) الصادر عن منظمة الصحة العالمية World heath organization (WHO) بأنه "الخوف من الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لتصرفات الفرد كالأكل أو التحدث أمام الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية".

ويعرف المالح (١٩٩٤م) الرهاب الاجتماعي بأنه " ظهور أعراض القلق المتعددة في المواقف الاجتماعية، ويرافق ذلك تجنباً أو هرباً من هذه المواقف بسبب الألم النفسي والتوتر الشديد الذي يتولد في داخل الإنسان عند تعرضه لهذه المواقف الاجتماعية. وأحياناً لا يحدث الهرب من المواقف الاجتماعية، ويحاول الإنسان جهده البقاء ولكن بجهد وتوتر كبيرين، وقد يتحين الفرصة للانسحاب".

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (رابطة الطب النفسي الأمريكي، DSM IV, 1994) الرهاب الاجتماعي بأنه الخوف الدائم والشديد والمستمر من موقف واحد أو أكثر من مواقف الأداء الجماعي التي قد يتعرض فيه الشخص إلى الفحص والتدقيق من قبل الآخرين مما يصيبه بالارتباك. "وهو الخاصية الأساسية للرهاب الاجتماعي" خشية القيام بعمل يبعث على سخريه الآخرين منه، كأن يتلعثم أثناء الحديث أمام جمع من الناس. ويؤدى التعرض إلى هذه المواقف إلى نشأه القلق، وظهور الدلائل الفسيولوجية الدالة عليه، مثل احمرار الوجه، وزيادة ضربات القلب والتعرق، وبالرغم من أن البالغين والمراهقين يدركون أن خوفهم زائد عن الحد ولا مبرر له فإن الأطفال قد لا يدركون ذلك. وغالباً ما يتجنب المصابون بالرهاب الاجتماعي تلك المواقف ويهربون منها إما إذا اضطروا إلى الدخول فيها فإنهم يتحملونها بعناء وقلق شديد".

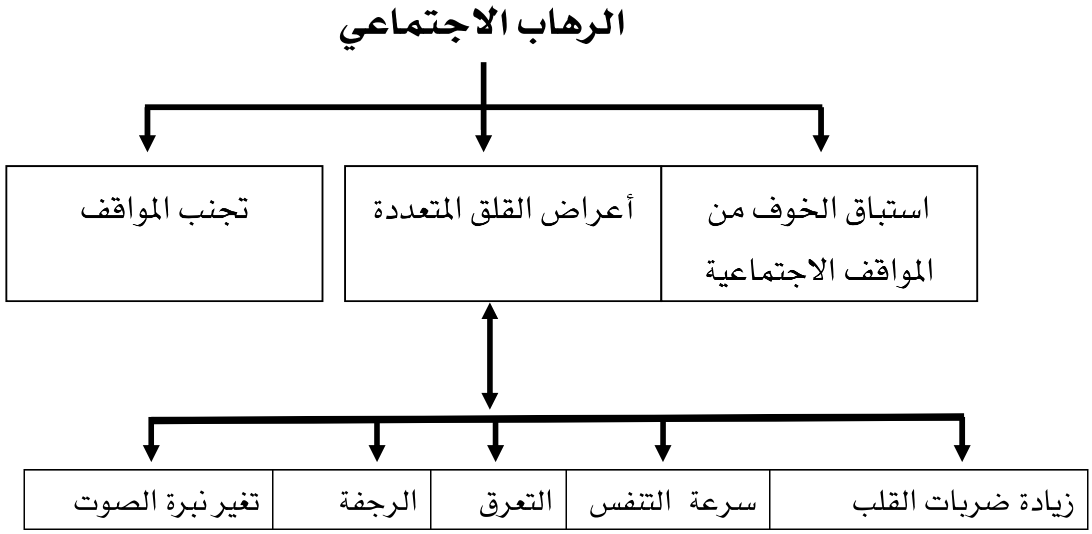
كما يعرفه جريست (Greist, 1995)، بأنه الخوف الدائم من الارتباك أو الخزي في المواقف الاجتماعية. حيث يقلق الفرد من تدقيق الآخرين أو فحصهم له أو لأداة ومن ثم الحكم سلباً عليه.

ويعرفه الحبيب بأنه: "الخوف من الوقوع في الخطأ أمام الآخرين، ويزداد ذلك الخوف كلما زاد عددهم أو أهميتهم، ويشتمل على مجموعة من الأعراض مثل التلعثم في الكلام، واحمرار الوجه، والرعشة في الأطراف، والشعور بعدم القدرة على الوقوف، وأحياناً الإصابة بالغثيان مما يؤدى إلى أعاقة الفرد وعدم قدرته على القيام بواجباته الاجتماعية. (النور ، ١٩٩٩م).

ويعرفه ليبين وبليسولو (Lipine & Pelissolo, 1998)، بأنه خوف من تقييم الآخرين السلبي، يدفع إلى الهرب من المواجه، ويؤثر على حياة الفرد الاجتماعية وعلاقاته الشخصية.

ويعرفه ديفيد شهيان بأنه: "الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام، وسرعان ما ينسحب المريض إلى أماكن آمنه. ويزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية من قبيل تناول الطعام أو الشرب أو الكتابة بين الناس، حيث يكون تحت الملاحظة أو مركز للاهتمام، وقد يفضل الوحدة بدلاً من خروجه إلى الأماكن بصحبة الآخرين، (في فايد ، ٢٠٠٣م).

ووفقاً للتعريفات السابقة فإن الرهاب الاجتماعي يأخذ الشكل التالي:



أنواع الرهاب الاجتماعي:

١- **الرهاب الاجتماعي المعمم** Socialphobia generalized

وهو الرهاب المتعلق بمعظم المواقف الاجتماعية ابتداءً من الحديث أمام الآخرين، والمشاركة في الاجتماعات، والحديث مع المسئولين، أو الأشخاص الذين هم في مركز السلطة كرجال الأمن، وانتهاءً بحضور الحفلات والمناسبات العامة.

فهو خوف من كل المواقف التي تتطلب الأداء الاجتماعي العلني أو العام، أو مواقف التفاعل الاجتماعي.

٢- **الرهاب الاجتماعي المحدد أو النوعي** Simpleor Specifid Social Phobia

وهو الذي يخشى فيه المريض موقفاً محدداً واحداً مثل الخوف من التحدث أمام الآخرين، أو الخوف من تناول الطعام والشراب أما الآخرين، أو استخدام دورات المياه العامة في وجود الآخرين.

التقديرات الإحصائية لمعدلات انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي:

حسب الدراسات الغربية فإنه يتساوى انتشار هذا الاضطراب بين الرجال والنساء وتتراوح نسبة بين١٪ إلى ٢٪ بين البالغين. أما المجتمعات العربية فإن هناك دراسات متفرقة تم تطبيقها في المستشفيات وليس في المجتمع، ولكن اعتماداً على خبرة الأطباء فإن هذا المرض يبدوا أكثر انتشاراً في مجتمعاتنا العربية، ولعل ذلك عائد إلى أسلوب التربية في الطفولة وعدم احترام وتقدير شخصية الطفل.

وفي هذا الإطار يشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م) إلى أن معدلات الرهاب الاجتماعي في المجتمع العربي تتراوح بين ٣٪ و ١٣٪.

بداية الإصابة باضطراب الرهاب الاجتماعي وتطوره:

تشير الكثير من الدراسات إلى أن الرهاب الاجتماعي يبدأ عاده أثناء فتره المراهقة، وفي هذا الإطار يشير الحبيب (١٩٩٩م) أن الرهاب الاجتماعي يبدأ عاده في آخر فترة المراهقة، ويستمر لفترة ليست بالقصيرة.

ويشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م) إلى أن بداية هذا المرض تظهر عادة في منتصف العقد الثاني من العمر، وقد سجلت لدى بعض الأفراد بداية للرهاب الاجتماعي في الطفولة المبكرة، وربما تظهر البداية على نحو مفاجئ عقب خبره ضاغطة أو باعثه على الخزي والإذلال.

وتشير دراسة شلبي ورسلان إلى أن حوالي ٢٦٪ من المرضي ذكروا بأن الأعراض بدأت لديهم منذ أيام الطفولة، و٢٧,٥٪ منهم في سن البلوغ، بينما ذكر ٤٦٪ إلى أنها بدأت في سن المراهقة، (القرني، ١٤١٣هـ).

كما ورد في تصنيف الرابطة الأمريكية للطب النفسي أن الرهاب الاجتماعي يبدأ عاده في المراهقة المبكرة.

وفي هذا الإطار ورد في التصنيف العاشر لمنظمة الصحة العالمية (ICD-10, 1992) أن هذا الاضطراب يبدأ غالباً في مرحلة المراهقة. وغالباً ما يكون تطور الرهاب الاجتماعي مستمراً وقد يستغرق مدته طوال العمر إذا لم يعالج، على الرغم من أن هذا الاضطراب قد تقل حدته أو يتحسن أثناء مرحلة الرشد، وتتذبذب درجة شدة هذا الاضطراب مع ضغوط الحياة.

ويشير جريست (Greist, 1995) إلى أن الإصابة بالرهاب الاجتماعي تبدأ غالباً في بداية مرحلة البلوغ.

أعراض الرهاب الاجتماعي والمعالم الملازمة له:

لعل أبرز الأعراض الفسيولوجية للرهاب الاجتماعي ما يلي:-

١- زيادة ضربات القلب والخفقان وتسارع التنفس.

٢- احمرار لون الوجه.

٣- تصبب العرق.

٤- تغير نبره الصوت والبحة.

٥- غشاوة البصر وعدم وضوح الرؤية والزغللة.

٦- الرعشة في الأطراف.

٧- جفاف الحلق.

٨- الشعور بالغثيان.

وتتضمن المعالم الملازمة الشائعة للرهاب الاجتماعي ما يلي:-

١- الحساسية الزائدة تجاه النقد أو التقويم السلبي.

٢- افتقاد التوكيديه أو صعوبة أن يكون الشخص توكيدياً وانخفاض تقدير الذات.

٣- الخوف من التقييم المباشر أو غير المباشر أمام الآخرين.

٤- ظهور علامات ودلائل القلق.

٥- ضعف المهارات الاجتماعية وقلة العلاقات الاجتماعية.

٦- المراقبة الزائدة للنفس.

٧- العزلة والانسحاب والتقوقع والإحجام عن حضور المناسبات.

٨- الإصابة بأمراض نفسية أخرى كالاكتئاب والوساوس.

النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:

مدرسة التحليل النفسي:

لعل أهم المدارس التي أولت عناية كبيرة في التصدي لتفسير اضطرابات القلق بشكل عام والمخاوف المرضية بشكل خاص مدرسة التحليل النفسي. ويرى رائد تلك المدرسة [سيجمون فرويد] بأن القلق هو لب الاضطرابات النفسية، وحجر الزاوية، والقاسم المشترك فيها، وإذا ما أردنا معالجة المريض، فإنه يجب الاتجاه مباشره إلى السبب المباشر وهو القلق وعلاجه.

وقد أطلق فرويد على المخاوف المرضية في كتاباته المبكره مصطلح هستيريا القلق (Anxity husteria). ورأى أنه بالإمكان تقسيم المخاوف باعتبار موضوع الخوف إلى قسمين كبيرين:

- مخاوف عامة – هي عبارة عن خوف مبالغ فيه من كافة الأشياء التي يكرهها الناس جميعاً، ويهابونها إلى حد ما كالظلام، والمرض، والثعابين.
- مخاوف نوعية - هي خوف من أشياء أو مواقف لا تبعث على الخوف في نفس الشخص السوي ، كالخوف من الأماكن المتسعة، (الدسوقي، ١٩٧٤م).

وقد سلم فرويد في كتاباته المبكره بأن القلق ينشأ عن التحول الفسيولوجي للطاقة الليبيدية (الغريزية) إلى أعراض حتمية للقلق، دون توسط من الآليات النفسية، فهو ينشأ عن طاقة جسمية غير مفرغه. ولعل

أشهر الحالات التي عالجها فرويد وفقاً لهذا التصور حالة الطفل هانز في عام ١٩٠٩م الذي كان يخاف من الخيول ولا يجرؤ على مغادرة منزله. وقد كشف فرويد أن هانز عندما كان في سن الثالثة كان مهتم باستكشاف عضو التذكير في جسده، وعندما ضبطته أمة هددته بقطع ذلك العضو، وقد استنتج فرويد أن هانز كان يعاني من دافع جنسي قوي نحو أمة، وأنه كبت ذلك خوفاً من النبذ. وبعد ذلك أصبح الصغير يخاف من الخيول وقد عزى ذلك إلى وجود رغبات (اوديبية) مؤداها الصراع مع الأب من أجل الفوز بالأم ، (فرويد ، ١٩٨٤م).

وفي تطور لاحق عدل فرويد نظريته بالرغم من احتفاظه بالركيزة الأساسية للنظرية من أن القلق بشكل عام هو وليد طاقة جنسية غير مفرغة، إلا أنها ليست بفعل الظروف الخارجية، بل نتيجة طاقة شعور جرى كبتها بواسطة ما قبل الشعور.

ثم خضعت النظرية لتحول كبير في إطار نظرية البنوية العقلية عندما قسم النفس البشرية إلى ثلاثة أقسام هي:

- الهو Id
- الأنا Ego
- الأنا العليا Super ego

فالصراع بين الغرائز الوحشية في الهو، والضمير المتمثل في الأنا العليا، ينتج الكثير من الكبت للغرائز التي لا تتوافق مع معايير المجتمع ، " social norms ". وبناء على ذلك فرق فرويد منها ثلاثة أنواع من القلق هي:

- القلق الواقعي.
- القلق الأخلاقي وهو الخوف من الضمير.
- القلق وهو الخوف من العقاب مما بضطر الإنسان لاستخدام الحيل الرفاعيه Defense Mechanisms ، (الشناوي، ١٩٩٤م).

ويعرض أندرية لوغال (١٩٩٩م) في كتابة القلق والحصر أن فرويد أستبعد شرح أدلر المفرط في تبسيط العقدة الدونية " إلا أنه أهتم بشرح النظرية المسماة" عقده الولادة" ، ويذكر " لوغال" أن فرويد أشار في كتابة " المدخل إلى التحليل النفسي – ١٩١٦" إلى أن الولادة يمكن أن تؤدي دوراً سكيولوجيا وذلك قبل كتاب " رانك " الصدمة النفسية في الولادة.

وفي هذا الإطار يذكر فرويد (١٩٨٦م) في كتابه " النظرية العامة للأمراض العصابية" أن أول أرهبه موقفية تشاهد لدى الطفل، هي رهاب الظلام، ورهاب الوحدة ويشتركان في شيء واحد هو غياب الشخص المحبوب." وقد أولى المحللون النفسيون لا حقاً هذا الجانب أهمية كبيرة وأسموه قلق الانفصال وعزوا له السبب الأكبر في حالات الرهاب".

وقد قدم المحللون النفسيون بعد فرويد أمثال " ميلاني كلاين" " ١٩٤٨م"، و" جو فليشر" "١٩٥٥م" إسهامات كبيرة في فهم الأصول النفسية للخواف بعيداً عن الحوافز الجنسية ، والصراع الأوديبي، حيث وجهوا الانتباه إلى الدور التي تقوم به الحوافز العدوانية ، (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١م).

ويشير المالح (١٩٩٣م) أن مدرسة التحليل النفسي بشكل عام تعتبر أن المخاوف المرضية هي تحويل للقلق الداخلي المرتبط بالرغبات المكبوتة إلى موضوع الخوف نفسه ومن ثم الخوف منه. وترتبط تلك الرغبات بعقدة " إوديب" وهي التنافس والصراع مع الأب من نفس الجنس من أجل الفوز بالأم وحبها.

ويشير جبل (٢٠٠٠م) إلى أن الرهاب قد يكون دفاعاً لحماية المريض من رغبه لا شعورية مستهجنه، جنسية أو عدوانية في الغالب.

ويذكر أحمد (١٩٩٨م) إلى أن الحيل العقلية وخاصة الإزاحة تلعب دوراً دينامياً فعالاً في المخاوف المريضة، حيث تزاح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية إزاحة لا شعورية.

ويفسر الرخاوي (١٩٧٩م) الرهاب الاجتماعي بأنه ضعف الذات في مواجهة الواقع من ناحية، ومواجهة الداخل من ناحية أخرى ، ثم عجزها عن النمو من ناحية ثالثة.

المدرسة السلوكية:Behavior School

قدمت المدرسة السلوكية تفسيرات مهمة لفهم اضطرابات الرهاب ، تعتمد هذه التفسيرات على عمليات الإشرط التقليدي Classical conditioning والإشراط الإجرائي Operant conditioning، (فايد، ٢٠٠٣م).

ففي الإشراط التقليدي فإن الإنسان إذا تعرض لموقف مؤلم أو مزعج فإنه سوف يتعلم أنه إذا ما تكرر ذلك الموقف أو ما شابهه فإنه سوف يكون مؤلماً ومزعجاً.

وهكذا ينشأ الخوف بعد التجربة السلبية، فالشخص الذي مر بتجربة مؤلمة مثل توقف المصعد الكهربائي فإنه سوف يتملكه الخوف الشديد عند استخدامه للمصعد مرة أخرى، أو مروره بجانبه.

وبسبب عملية التعميم تعمل منبهات أخرى مشابهة للمنبه الأصلي في استثارة الخوف ، ففي حالة الفرد الذي يعاني رهاب المصاعد ، فإنه غالباً يعاني خوفاً من الأماكن الضيقة المغلقة.

وتتصف الاستجابات المتعلمة بالإشراط التقليدي، بأنها لا تخضع للضبط الإرادي، وبالتالي لا يمكن للفرد إيقاف استجابة الخوف لديه حينما يواجه بالمنبه الشرطي حتى لو كانت الاستجابة غير منطقية.

ويذهب المالح (١٩٩٣م) إلى أنه من الفرضيات السلوكية المهمة في تفسير الرهاب الارهاب الاجتماعي أن الأفراد المصابين بهذا الاضطراب يحدث لديهم حساسية تجاه الأعراض الجسمية للقلق، وقد تعودت أعصابهم على تلك الحساسية، وينتج عن ذلك أنهم يتعلمون أن المواقف الاجتماعية ترتبط بزيادة في التوتر والقلق وهم بالتالي يخافون تلك المواقف ويبتعدون عنها ولا يواجهونها.

ويذكر الشناوي وعبد الرحمن (١٩٩٨م) أنه يمكن أن نعزي سبب الرهاب الاجتماعي إلى ضعف في المهارات الاجتماعية وهو ما يؤيد ما ذهبت إليه المدرسة النفسية النمائية "Developmental psychology" من أن السبب الرئيس للرهاب الاجتماعي هو عدم اكتساب المهارات والقدرات الاجتماعية المناسبة، وهي من الأمور الجوهرية التي تحكم العلاقات الاجتماعية، ونقص أو عدم وجود تلك المهارات يعني ضعف القبول من قبل الآخرين، مما يودى إلى العزلة والانسحاب. ويمكن اكتساب المهارات الاجتماعية من خلال البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد ويؤثر ويتأثر بها. وإذا ما أردنا علاج المصاب بالرهاب الاجتماعي فما علينا سوى إعادة إكسابه تلك المهارات المفقودة، وتنميتها، مما يسهل عملية اندماجه في محيطة الاجتماعي.

كما يذكر سوين (١٩٨٧م) أن الرهاب الاجتماعي قد يكتسب عن طريق التعليم المباشر فالأم التي يتكرر ظهور استجابات الخوف عندها من شيء معين، تتنتج لطفلها أنموذجاً يقلده".

و بالرغم من أهمية طرح المدرسة السلوكية إلا أننا نجد الكثير من حالات الخوف العام التي لا ترتبط بمنبه أو مثير معين.

فالكثير ممن يرهبون ركوب المصاعد ربما لم يتعرضوا لحادث توقف المصعد أو عطلة.

إلا أن السلوكيين يقدمون تفسيراً آخر يتمحور حول " الإشراط البديل" "Vicarious conditioning".

فالأفراد الذين يخافون ركوب المصاعد ربما سمعوا عن خبرات الآخرين المؤلمة فيحدث القلق عن طريق الإشراط البديل.

ويمكن القول أن التفسيرات السلوكية لاضطرابات الرهاب الاجتماعي تستند إلى مبادئ التعلم الشرطي ، وهذه المبادئ تستند بدورها إلى خلفية واسعة من نتائج البحوث المعملية التي ينظر إليها بثقة ومصداقية كبيرة والتي منها تجربة واطسون وراينر Watson & Rayner عام ١٩٢٠م التي أحدثت الخوف لدى الطفل " البرت " البالغ من العمر أحد عشر شهراً ، بأن قاما بتقريب أرنب أبيض كان مألوفاً للطفل، ثم ربطا ظهور الأرنب بإصدار صوت مزعج، مما ولّد الفزع لدى الطفل من ذلك الأرنب ، ثم عمم الطفل خوفه على المثيرات الأخرى قريبة الشبة، (الشناوي، ١٩٩٦م).

أضافه إلى تجارب " ماري كوفر جونز، ١٩٢٤" في علاج الطفل بيتر" من مخاوف مشابهة.

بالإضافة إلى تجارب أخرى رائدة مثل تجارب " جوزيف ولبي، ١٩٥٨" التي نشرها في كتابه الشهير" الكف بالنقيض ، وتجارب باندورا ١٩٧٧، (النابلسي، ١٩٨٧م).

ولعل الأهمية الحقيقية للمدرسة السلوكية تكمن في النتائج العلاجية الباهرة التي حققتها هذه المدرسة في إطار تصديها لعلاج حالات المخاوف المرضية بوجه عام والرهاب الاجتماعي على وجه التحديد.

المدرسة المعرفية Cognitive school

تقوم المدرسة المعرفية على فكرة رئيسة هي أن الانفعالات التي يبديها الناس إنما هي نتيجة لطريقة تفكيرهم. ووفقاً لهذه الفكرة فأن النظرية

تركز على الحساسية الكبيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من الرهاب للإشارات المنبهة للخطر وتعتبر الأفكار التي يكونها الفرد عن نفسه والآخرين وعن الوقائع السبب الرئيس للخواف.

وفي هذا الإطار يشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م: ١٣٥) إلى أن الرهاب يتكون لدى الأفراد في سياق بعض العمليات المعرفية التي يحددها المنحى المعرفي فيما يلي:

١- الانتباه الانتقائي "Selective attention" للمهددات المقلقة، حيث يفترض المعرفيون أن بعض الأشخاص يركزون بقدر مفرط من الانتباه على المهددات التي تقلقهم ، ومن ثم يرونها أكثر تهديداً ، مما يجعلهم وجلين وخائفين.

وفي هذا الإطار قام ليود ومايثوز Leod &Mathews بدراسة تجريبية تقوم على عرض قائمة بكلمات مطبوعة بألوان مختلفة تحتوى على بعض العبارات المهددة على أشخاص قلقين وغير قلقين، وطلب من المفحوصين تجاهل العبارات والتركيز على الألوان، وافترض القائمون على الدراسة أن يركز الأفراد القلقين على العبارات المهددة ويغفلون عن الألوان المطبوعة بها ، وهو ما حدث بالفعل.

٢- التذكر الانتقائي "Selective recall"، للأحداث والأفكار المتعلقة حيث يفترض المعرفيون أن التذكر أو الاستدعاء الانتقائي للأحداث أو الأفكار المقلقة يسهم في حدوث اضطرابات القلق مما يؤدي إلى تشويه نظرة الفرد إلى الكثير من الأمور وتشتتها. وخير مثال على ذلك ما يعرف " بقلق الاختبار "Test anxiety"، وما يصاحبه من تشتت أذهان الأفراد المصابين بذلك الاضطراب بسبب أفكارهم المسبقة المرتبطة بالفشل، مما يعوق ويعطل التفكير في الأسئلة وبالتالي

يحدث الإخفاق في الإجابة، وهو ما يدفع الفرد إلى الدوران في حلقة مفرغة من الهم والكدر والخوف.

٣- التفسير الخاطئ "Misinterpretation" للأفكار والمواقف، حيث يتصف المصابون بالرهاب الاجتماعي بأنهم كثيراً ما يفسرون المواقف المحايدة على أنها مواقف مهددة، فالمصاب برهاب التحدث أمام الآخرين يعتقد أن الناس يوجهون انتباههم إليه أكثر من غيره ويتفحصونه أثناء الكلام، باحثين عن زلة يقع فيها لكي يسخروا منه.

ونخلص إلى أن المدرسة المعرفية تنطلق في تفسيرها للرهاب الاجتماعي من فرضية أساسية مؤداها أن هؤلاء الأفراد يختزنون أسباباً معرفية للخوف والقلق، وأنه يجب أن تكون نقطة الانطلاق في علاج هذا الاضطراب من إعادة تكوين البنية المعرفية للمريض ، عن طريق إعادة صياغة وترتيب جملة من الأسس التي يرتكز عليها الاضطراب، وهي الانتباه الانتقائي للمثيرات والتذكر الانتقائي، والتفسير والتأويل الخاطئ، إضافة إلى ما يمكن أن نطلق عليه حجر الزاوية وهو التوقع الخاطئ "Erroneous expectation".

ويمكن القول أن المدرسة المعرفية تعطي أهمية كبيرة لأفكار الإنسان المتعلقة بنفسه وبالآخرين وبالبيئة الاجتماعية والمادية، وعندما تكون تلك الأفكار شاذة أو مضخمة أو متطرفة أو سلبية، فإن ذلك مكمن الخطأ الذي يؤدى إلى حدوث الاضطراب ، (Beck, 1985) .

وتحتل التفسيرات المعرفية للمخاوف المرضية مكانة كبيرة بين الباحثين بل أن جميع المدارس النفسية باختلاف مشاربها، تنطلق في علاج حالات الرهاب من المدخل المعرفي كمدخل رئيس في العلاج.

المدرسة البيولوجية Biological school :

تنطلق المدرسة الببولوجية في تفسير اضطرابات القلق بوجه عام من أن تلك الاضطرابات لا تنبع من الصراعات، أو الإشراط، أو المعارف والأفكار المشوهة، بل من اضطراب داخلي يرتبط بالتكوين الجسمي والخلقي للإنسان جوهرة الاستعداد المرضي للقلق ، (فايد، ٢٠٠٣م).

وتدعم هذه النظرية النتائج الفعّالة لبعض العقاقير في معالجة اضطرابات القلق بوجه عام والرهاب الاجتماعي على وجه الخصوص، ولعل أهمها مضادات الاكتئاب.

وقد بينت دراسة أجريت عام ١٩٨٩ في النرويج على أكثر من ٩٥ من التوائم الحقيقية أن التوائم الحقيقية تشترك بنسب أكثر من التشابه في مظاهر الخوف الاجتماعي مقارنه مع التوائم غير الحقيقية (المالح، ١٩٩٣م: ١٥). وترتبط أعراض الرهاب الاجتماعي المتمثلة في ازدياد ضربات القلب والتنفس السريع، والرجفة من الناحية الفيسولوجية بإثارة الجهاز العصبي الذاتي، والذي ينتج عنه ازدياد مستوى الأدرينالين في الدم. وفي دراسة أخرى قام بها كيري Carey وجد أن الأقارب من الدرجة الأولى يبدون معدلات أعلى لاضطرابات القلق من عامة الناس، مما يعني وجود مورثات مشتركة.

ويذكر الرشيدي وآخرون(٢٠٠١م) إلى أن أهم النظريات الفسيولوجية لتفسير الرهاب بوجه عام هي نظرية جابا GABA theory.

حيث تعرض تلك النظرية ما تم اكتشافه حديثاً فيما يتعلق بمستقبلات البترو ديازيباين في الدماغ" وترتبط هذه المستقبلات بمستقبلات الناقلات العصبية لحامض جاما الامينية الزبديه "GABA" وأن المصابين بالرهاب لديهم خلل في وظيفة مستقبلات البترو ديازيباين ، مما يحدث الأعراض الفسيولوجية للقلق.

وقد تبين أن الأفراد الذين يتصفون بانخفاض مستوى " جابا ، GABA" يكونون أكثر استهدافاً للإشراط التقليدي، الذي يسهم في ارتباط الخوف بمنبهات معينة، إضافة إلى أنهم يتصفون بمستويات عالية من الإستثارة العصبية.

المدرسة الاجتماعية Social school:

يشير المدخلي (١٤١٦هـ) إلى أن فرض الآباء على أبنائهم سلطة جائرة، من خلال التحكم في الأبناء وتحويلهم إلى قطع يحركونها كيفما يشاءون، دون أن يبدي الأبناء أي تردد، أو إبداء للرأي، أو تفكير إلى جانب أن السخرية منهم ومن تفكيرهم القاصر ينتج أبناء ضعفاء الشخصية فاقدي الثقة بأنفسهم.

ويرى الزراد (١٩٨٤م) أن الطفل يتعلم الخوف من الناس من خلال تقليد والدته أو أحد إخوته. وتلعب التنشئة الأسرية الخاطئة دوراً هاماً في نشوء حالات الرهاب الاجتماعي حيث تلجأ بعض الأسر إلى تحقير الطفل، وعزله عن مجتمع الكبار، وطرده على مسمع ومرأى من الضيوف ، أو إسكاته بشكل فض عندما يحاول المشاركة في الحوار مما يلحق ضرراً نفسياً يدفع إلى الهرب من المواقف الاجتماعية. كما أن الدلال المفرط ، والحماية الزائدة ، وفرض القيود الكبيرة على الطفل خوفاً عليه، ومراقبته في كل صغيرة وكبيرة وعدم إتاحة الفرصة أمامه للاعتماد على نفسه ، قد يؤدي إلى عواقب وخيمة عندما يكبر ويدخل معترك الحياة .

المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي:

يتم تشخيص الرهاب الاجتماعي وفقاً لمعايير دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM- IV,1994, 2000 : 215) الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية كما يلي:

١- وجود خوف مستديم وواضح وملحوظ من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء في جماعة، حيث يخاف الفرد من إن يتصرف بطريقة تثير انتباه وانتقاد الآخرين له، أو أن تظهر عليه أعراض القلق.

مع ملاحظة أنه بالنسبة للأطفال، ينبغي أن تتوفر دلائل على مقدرتهم على أقامة علاقات اجتماعية متناسبة مع سنهم مع أشخاص مألوفين وأن القلق في مواقف أو مجالات التفاعل الاجتماعي مع الأقران، وليس مجرد التفاعل مع الكبار.

٢- التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو ثابت تقريباً، والذي قد يأخذ احد أشكال نوبات الهلع.

مع ملاحظة أنه بالنسبة للأطفال، يجرى التعبير عن القلق بالبكاء أو التجمد عن الحركة، أو الانكماش عن مواقف اجتماعية مع أشخاص غير مألوفين.

٣- أن يدرك الفرد أن خوفه زائد أو غير معقول، مع ملاحظة أنه لدى الأطفال قد تكون هذه الصورة غائبة.

٤- يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد، أو أن يتحملها بقلق وكدر شديدين.

٥- أن الأحجام أو التوقع للقلق أو الكدر في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء الباعثة على الخوف يعطل أو يعوق بشكل جوهري النظام اليومي لحياة الفرد، أو أدائه لوظائفه المهنية أو الأكاديمية، أو علاقاته الاجتماعية، أو أن يتملك الفرد كدر ملحوظ إزاء ما لديه من رهاب.

٦- بالنسبة للأفراد دون سن الثامنة عشرة، تدوم الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل.

٧- ألا يرجع الرهاب أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لماده من مواد العقاقير أو المخدرات (مثل: سوء استخدام العقاقير، أو العلاج بالأدوية النفسية) أو نتيجة حاله طبية عامة، ولا يعتبر أحد الأعراض المرتبطة باضطرابات نفسية أخرى (مثل اضطراب تشوه شكل الجسم، أو اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء أو من دونه، أو اضطراب قلق الانفصال).

علاج الرهاب الاجتماعي: Treatment of Socialphobia

يمكن علاج الرهاب الاجتماعي بالطرق العلاجية التالية:

العلاج التحليلي (Analytical therapy):

يشير سوين (1987) أن العلاج القائم على الإيحاء المباشر، والعلاج القائم على مواجهة الموقف المخيف، لا يفيدان في شيء، في إشارة إلى العلاج المعرفي والسلوكي، وأنه يجب أن يكون العلاج متعمقاً موجهاً نحو الاكتشاف التدريجي المنظم لأنواع الصراع الأساسية لدى المريض.

وهو ما يعارض رأى مارشال (Marsal, 1994) الذي يرى أن الأساليب العلاجية التحليلية ذات أثر مؤقت ينتهي ويتلاشى تدريجياً، ولا يؤدي إلى تحسن المريض.

ويهدف العلاج التحليلي إلى التعرف على العامل الدينامي الذي أدى إلى ظهور الفوبيا، ومن الممكن أن تخف المخاوف الحديثة الظهور بالعلاج التحليلي القصير، ولكن من الضروري وضع برنامج علاجي شامل لعلاج المخاوف التي عاشت مع الفرد لفترة طويلة" ، (فايد ، ٢٠٠٣م).

إضـافة إلى أن التحليـل النفـسي يهـدف إلى الكـشف عـن الأسـباب الحقيقية، والدوافع المكبوتة، والمعاني الرمزية للأعراض، وتعريف الكبت وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف وهذا يتم بالتداعي الحر وتفسير الأحلام والتنويم المغناطيسي.

وقد استخدم فرويد اللعب التلقائي في تفسير سلوك الطفل هانز" وأعتبره بمثابة التداعي الحر لدى الكبار، وهو ما فعله أيضاً " ميلاني كلاين" التي رأت بأن الاضطرابات الوجدانية ومنها الخواف تنتهي تماماً إذا ما تم تعرف الطفل على منشأ تلك الصراعات، (جبل ، ٢٠٠٠م).

وإجمالاً فإن المدرسة التحليلية ترى أنه عند التعاطي مع اضطراب الرهاب الاجتماعي، فإنه يجب العودة إلى جذور ذلك الاضطراب وإلى المراحل المبكرة من عمر المريض، لمعرفة الأسباب الحقيقية الجوهرية ثم معالجتها عن طريق الفنيات التحليلية وعلى رأسها التداعي الحر.

العلاج المعرفي :Cognitive therapy

يقول أبراهام ماسلو ليس العصابي مريضاً انفعالياً فحسب أنه مخطئ معرفياً. (إبراهيم، ١٩٩٤م). من هذا المنطلق يقوم العلاج المعرفي على حقيقة أن انفعالات وسلوك الفرد ناتجة عن الطريقة التي يفكر بها، وبناءً على مداركه التي تطورت من خلال خبراته الحياتية، (الشبانات، ١٤١٦هـ).

ويعتمد العلاج المعرفي على تعديل أفكار المريض عن نفسه، وعن الآخرين، وإعادة البنية المعرفية له بشكل سليم وصحيح، عن طريق الحوار والتدريب على التفكير بطريقة إيجابية وواقعية.

وفي هذا الإطار يرى رائد المدرسة المعرفية " ارون بيك " "Aron Beck" أن وصفات العلاج المعرفي يمكن أن توضع في صورة بسيطة، فالمعالج يساعد المريض على التعرف على تفكيره الشخصي، وأن يتعلم طرقاً أكثر

واقعية لصياغة خبرته. ويضيف " بيك "، إن الناس يستجيبون للأحداث انطلاقاً من المعاني التي يعطونها لها، وهذه الاستجابات تجاه الأحداث تؤدي إلى ردود أفعال متباينة للموقف باختلاف الأشخاص، وأن العلاج يجب أن يكون منصباً على التعامل مع عملية تحريف الواقع لدى بعض المرضى والتفكير غير المنطقي الخاطئ لدى البعض الآخر، فيتم تصحيح نمط التفكير لدى المريض ، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره، ويصبح تفكيره منطقياً، وذلك في جو يسوده الدفء والمشاركة الوجدانية بين المريض والمعالج ، (الشناوي، ١٩٩٤م).

ويشير مارشال (Marshall, 1994) إلى أن العلاج المعرفي للرهاب الاجتماعي يقوم على فكرة أن القلق ينشأ عن التقييم الخاطئ للمواقف، وهنا يأتي دور المعالج في تحديد الأفكار الخاطئة بالتعاون مع المريض وتغييرها.

ويؤكد هيلمبر (Helmber, 1994) على فاعلية إعادة البنية المعرفية في علاج الرهاب الاجتماعي..

ويمكن القول أن فكرة الاتجاه المعرفي أو المدرسة المعرفية في العلاج النفسي تعتمد على أن التأمل لحياة الإنسان لا تخلوا من الخبرات التي تبعث على الإحباط، والانسحاب، واليأس، والعجز بسبب ما يعرض له من نكبات مادية ومعنوية وهذه الخبرات تتكون حسب ما يستنتجه كل إنسان في ضوء تقييمه الذاتي وقدراته على ضبطها والتفاعل معها ، (شاذلي ، ٢٠٠٠م).

وقد يؤدي التقدير والاستنتاج والتقدير الخاطئ إلى نوع من التشويه المعرفي (Cognitive distortion) الذي يلعب دوراً أساسياً في العديد من الاضطرابات كالرهاب الاجتماعي، والإكتئاب والانسحاب، حيث يسيطر على المريض مشاعر سلبية عن ذاته ومستقبلة والعالم من حوله وعليه يهدف

العلاج المعرفي إلى تحديد الأفكار السلبية لدى المريض، وتوضيح العلاقة بين الأفكار غير المنطقية والاضطراب الذي يعاني منه ومن ثم مساعده المريض على تغيير أفكاره وتعديلها، ثم تعميم ذلك في حياته اليومية، (الدعجاني، ١٤١٧هـ).

وفي الرهاب الاجتماعي يمكن أن يتناول العلاج الجانب المعرفي وعلاقته بالتغيرات الفسيولوجية، وذلك من خلال معرفة العلاقة بين النفس والجسم وتعزيز الوعي الذاتي للمريض لتمكينه من السيطرة على الأعراض النفسجسمية.

ويذكر المحارب(٢٠٠٠م : ١٥٠) مجموعة من الخطوات اللازمة في إطار العلاج المعرفي للرهاب الاجتماعي منها:

١- إجراء القابلة مع المريض للوقوف على الوضع العام له، وتحديد مشكلته بشكل دقيق.

٢- تحديد الأفكار غير المنطقية وغير العقلانية التي تسيطر عليه وشرحها له وتوضيحها بشكل مبسط.

٣- تدريب المريض على تحديد الأفكار التلقائية والأساليب المعرفية غير الفعالة المرتبطة بالأفكار التلقائية، وتطوير استجابات بديلة.

٤- تدريب المريض على الكيفية المثلى للتعامل مع التوقع السلبي للتقديم من قبل الآخرين، ومناقشة تلك الأفكار.

٥- التعامل مع استرجاع المريض لما حدث في التفاعل الاجتماعي، وبالذات الجوانب السلبية منه على وجهة نظر المريض وتشريح ذلك الموقف ومن ثم تقويمه.

٦- التعامل مع الافتراضات السلبية الموجودة في ذهن المريض مسبقاً تجاه الآخرين ونظراتهم إليه وعدم قدرته على تحملها.

العلاج السلوكي: Behavior therapy

يعد العلاج السلوكي، أو تعديل السلوك، أحد الأساليب الحديثة في العلاج النفسي. ويقوم على أساس نظريات التعلم، ويشتمل على مجموعة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى أحداث تغيير بناء في سلوك الإنسان. ومن أهم هذه الفنيات التي تستخدم في علاج الرهاب الاجتماعي:

١- التحصين التدريجي أو التخلص المنظم من الحساسية:

Systematic desensitization

هو أسلوب من أساليب العلاج السلوكي يستخدم بفعالية كبيرة في علاج حالات القلق والرهاب، ويقوم على أساس من قاعدة الإشراط المضاد، ويرجع تطوير هذا الأسلوب واستخدامه في مجال العلاج إلى العالم "جوزيف ولبي" الذي استفاد كثيراً من تجارب العالمة ماري كوفر جونز " في علاج الطفل البرت " ، (الشناوي، ١٩٩٨م).

ويقوم أسلوب التحصين التدريجي على تطبيق نظريات التعلم، فقد لاحظ " ولبى " من تجاربه على الحيوانات أن قلق القطط يزول عند تقديم الطعام، واستنتج أنه يمكن التغلب على عادة ما، بتكوين عادة مضادة. وكان المبدأ الذي توصل إليه أنه إذا أمكن تكوين استجابة معارضة للقلق في وجود المثيرات التي تسبب القلق. فإن الرابطة سوف تضعف بين المثيرات وبين استجابة القلق ، (النابلسي ، ١٩٨١م).

وقد استخدم ولبي استجابات الاسترخاء واستجابات التوكيد في علاج مرضاه، إذ كان يعمل على استثاره تلك الاستجابات بشكل يؤدي إلى كف ظهور القلق عن طريق ظهور الاستجابة المضادة، فعن طريق الاسترخاء مثلاً يمكن كف استجابة القلق، (الشبانات، ١٤١٩هـ)

ويذكر جوزيف ولبي " أن السلوك العصابي هو تعبير عن قلق، والاستجابة له يمكن أن تطفأ بواسطة إيجاد استجابة مضادة لذلك. حيث

أنه بواسطة الارتباط الشرطي الكلاسيكي ينتج عن القلق قوه محفزة يمكن أن تضعف. ويمكن السيطرة على أعراض القلق"، (Wolpe, 1982)

ويمكن استخدام أسلوبين في خفض الحساسية المنظم، الأول يعتمد على تعريض المريض للمواقف الواقعية (In Vivo) ويعتمد على إعداد مدرج القلق في موقف حقيقي، عندها لا يستخدم الاسترخاء كاستجابة مضادة للقلق، وإنما يستخدم الشعور بالأمان في وجود المعالج، فمثلاً الخوف من المصاعد يعالج عن طريق تجربة واقعية يجريها المريض.

أما الأسلوب الآخر، فيعتمد على تخيل المواقف المخيفة مع تخيل المريض نفسه وهو يواجه تلك المواقف. وتتكون المراحل العملية في طريقة خفض الحساسية المنظمة عادة من أربع مراحل هي:

المرحلة الأولى : التدريب على الاسترخاء العضلي : Muscle Relaxation

وتهدف هذه المرحلة إلى إرخاء عضلات الجسم، والتي تؤثر على الجهاز العصبي وبذلك تحدث تغيرات في المشاعر والأحاسيس نظراً لارتباط التوتر العضلي الشديد بالانفعالات، فالاسترخاء العضلي حالة مضادة للتوتر العضلي مما يؤدي إلى انخفاض مستوى القلق لدى الشخص المسترخي ويرافق ذلك هبوط في معدل ضربات القلب، وانخفاض في ضغط الدم، وانتظام وبطء في التنفس.

ويشير إبراهيم (١٩٩٤م) إلى أن الناس يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية، وتتركز بعض هذه التغيرات في الجبهة والرقبة ومفاصل الذراعين والركبتين، والعضلات الداخلية كالمعدة والقفص الصدري.

فالتوتر العضلي يسير بخط موازي للاضطراب الانفعالي، وهذا يضعف توافق الأفراد وكفاءتهم العقلية مما يؤدي إلى انهيار مقاومتهم، وجعلهم أكثر استعداداً للانفعال.

وقد وضع جاكبسون (Jacbson, 1929) في كتابة " الاسترخاء التصاعدي" طريقة الاسترخاء المنظم، وقرر أنها تؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق، (الدعجاني، ١٤١٧هـ)

وفي عام ١٩٥٤م وضع " ولبي" طريقة مطورة عن تلك التي وضعها جاكبسون تعتمد على تقليص المريض لمجموعة من العضلات ثم إرخائها وفق الترتيب التالي:

(اليدين – الوجه – الفكين – اللسان – الرقبة – الكتفين – الجذع– الأطراف السفلية).

وعادة ما يستغرق الاسترخاء عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الأولى مع التدريب اليومي في المنزل لمدة خمسة عشر إلى عشرين دقيقه.

ويمكن استخدام مجموعة من الأساليب في الاسترخاء، منها:

١- **الاسترخاء التصاعدي:**

ويقوم على أساس تناوب توتير العضلات وإرخائها بصورة منتظمة وبالتدريج، ولا يصاحب ذلك مشاهد تجلب الهدوء والسكينة.

٢- **الاسترخاء القائم على المشاهد التخيلية مع إرخاء العضلات:**

ويقوم على أساس تخيل المشاهد التي تجلب السكينة مع إرخاء عضلات الجسم، وهو لا يتطلب شد العضلات ثم إرخاؤها، بل التدريب على الدخول في الاسترخاء ونشره مباشرة في الجسد والنفس. وهو أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً.

٣- **الاسترخاء الجماعي:**

وهو الأطول وقتاً والأكثر فائدة في الحالات الجماعية. ويتم فيه التركيز على مشاعر الاسترخاء السارة للوصول إلى حالة الهدوء، والشعور

بالثقل، والوصول إلى السيطرة الذاتية. حيث يتم تركيز الانتباه إلى أحد أعضاء الجسم وملاحظة عملية الشهيق والزفير حتى يتم تفريغه من التوتر، وهكذا مع كل عضو، مع استخدام الكلمات الأيحائية الايجابية لأسترخاء كل عضو.

٤- **الاسترخاءات المختصرة:**

وهي تناسب الحالات التي نصادفها في الحياة اليومية مثل الوقوف في طابور، أو انتظار مكالمة هاتفية هامة، ومن أهم تقنياتها:

أ- تمارين التنفس، وذلك بأن نجعل الشهيق نصف وقت الزفير.

ب- تمارين توليد الأفكار الذاتي، " AUTOGENIC " "مثل أنا مسترخي ، أو أنا أشعر بالهدوء التام".

ج- تمرين التأمل.

د- تدريب إرخاء العضلات، وذلك باستخدام التنفس البطني، حيث يتم توتير العضلات عند الشهيق ثم إرخائها عند الزفير ، (الدعجاني، ١٤١٦هـ).

المرحلة الثانية: تحديد المواقف المثيرة للقلق:

حيث يقوم المعالج النفسي بتحديد المثير الرئيس للقلق، والمثيرات الثانوية، عن طريق الجلسات التي يستمع فيها المعالج إلى شكوى المريض بكل دقه واهتمام مع الآخذ في الاعتبار أن المريض قد يجد صعوبة في التعبير عن المشكلة بشكل دقيق. وقد يكون هناك اضطرابات انفعالية ثانوية قد يركز عليها. وعن طريق جلسات الاستماع للمريض، والتاريخ المرضي، والملابسات التي صاحبت ظهور الاضطراب لديه، يمكن تحديد تلك المواقف، فقد تكون خواف من الأماكن المغلقة، أو من التحدث أمام الآخرين، أو غيرها.

المرحلة الثالثة: إعداد مدرج القلق:

بعد مرحلة تحديد المواقف الرئيسة المسببة للقلق تبدأ مرحلة إعداد قائمة متدرجة بمثيرات القلق تبعاً لمقدار الخوف الذي يتولد لدى المرض، حيث توضع المنبهات التي تولد أقصى درجة من الخوف والقلق في قمة المدرج، وأقلها في القاعدة.

ويمكن أن نعطي المثال التالي الذي يوضح إعداد مدرج القلق لدى المصاب باضطراب خواف ركوب المصاعد.

- عند أقفال باب المصعد
- عند الدخول في المصعد
- عند انتظار فتح أبواب المصعد
- عند الاتجاه لركوب المصعد
- عند المرور بجوار المصعد الكهربائي
- عند سماع قصة عن تعطل أحد المصاعد
- عند سماع الآخرين يتحدثون عن المصاعد

ويتوقف إعداد المدرج على حاله المريض النفسية، حيث يختلف تدريج المواقف من شخص إلى آخر. إضافة إلى أنه قد يتغير تدريج الموقف للشخص نفسه من فتره إلى أخرى.

المرحلة الرابعة: مرحلة البدء في العلاج:

بعد أن يتم تدريب المريض على الاسترخاء، وإعداد مدرج القلق، تبدأ مرحلة التخلص التدريجي من الحساسية، ويتم ذلك عن طريق عرض مثيرات القلق تدريجياً، بعد تجزئتها إلى وحدات صغيرة، بدءً من أسفل المدرج، أي بالمثيرات الأقل حده وإثارة للقلق على المريض وهو في حالة استرخاء كامل، وبعد عرض المشاهد على المريض، يسأله المعالج عن مقدار القلق الذي يشعر به، وعندما يصل إلى مرحلة التوتر يطلب منه أن يركز انتباهه على الاسترخاء ثم يعرض المشهد مرة أخرى لعده مرات، تتخللها العودة إلى الاسترخاء بعد كل توتر، حتى يصبح المشهد غير باعث على القلق، (إبراهيم، ١٩٩٤م).

وتعرض المشاهد التي يتخيلها المريض تصاعدياً تبعاً للمدرج الذي أعده المعالج للحالة، وفي المعتاد يتم عرض أربعة مشاهد في الجلسة الواحدة، ويستلزم إطفاء القلق الناتج عن تخيل الموقف أعادته ٤ – ٥ مرات.

ويذكر الشناوي (١٩٩٨م) أنه من المستحسن عدم الانتقال إلى مشهد جديد إلا بعد أن يعايش المريض المشهد المعروض لثلاث مرات متتالية بنجاح، دون أن يشعر بعدم الارتياح.

ثانياً: التدريب على السلوك التوكيدي: Assertive Behavior

يعرف "جوزيف ولبي" التوكيدية Assertiveness بأنها " القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال، فيما عدا التعبير عن انفعال القلق، فالشخص التوكيدي ليس هو فقط من يدرب نفسه على العدوان، وإعطاء الأوامر، والتحكم في الآخرين، بل هو من يستطيع التعبير الإيجابي عن الكثير من المشاعر الأخرى، مثل الصداقة، والود، والإعجاب، والشكر"، (إبراهيم، ١٩٩٤م: ١٠٨).

ويذكر الشناوي، وعبد الرحمن (١٩٩٨م : ١١١) أن الباحثين قد يختلفون حول تعريف السلوك التوكيدي ولكنهم يتفقون على الخصائص التالية:

١- السلوك التوكيدي، سلوك يتصل بالعلاقات الشخصية ، ويتضمن التعبير الصادق، والمباشر عن الأفكار والمشاعر.

٢- السلوك التوكيدي سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية.

٣- عندما يسلك الفرد بطريقة توكيدية، فإنه يأخذ في اعتباره مشاعر وحقوق الآخرين.

ويهتم الباحثون بالتفريق بين التوكيدية التي هي سلوك لا يتعارض مع مصالح الجماعة،أي سلوك ملائم اجتماعياً، وبين العدوان الذي هو انتهاك لحرمات الآخرين واعتداءً على مشاعرهم مما يؤثر سلبياً على الطرف الآخر.

ويهدف السلوك التوكيدي كأسلوب علاجي، إلى دعم مقدرة الفرد على التعبير عن المشاعر السلبية كالغضب والضيق، والمشاعر الايجابية كالفرح والحب والسرور.

وبالرغم من أن "جوزيف ولبي" هو المؤسس لهذا الأسلوب في كتابة الشهير " الكف بالنقيض " ١٩٥٨" إلا أن الجذور الأولى والأسس العامة تعود إلى العالم " اندرو سارتر " الذي وضع مجموعة من التدريبات على السلوك التوكيدي تمثلت فيما يلي:

١- التحدث عن المشاعر Feeling Talk وهو التعبير الحر في عن أي شعور.

٢- استخدام تعابير الوجه بما يتلاءم مع الانفعالات.

٣- التعبير عن الرأي الشخصي في حالة مخالفة الرأي المطروح.

٤- استخدام ضمير المتكلم بدلاً من ضمير الغائب، مثل " لقد كانت أسئلتي هامة" بدلاً من " لقد كانت الأسئلة هامة".

٥- التعبير عن الموافقة عندما يكون هناك اقتناع.

٦- ممارسة الارتجال. (الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٨م: ١١٣).

ويشير (إبراهيم، ١٩٩٤م) إلى أن أهم الفنيات الأخرى التي يمكن التدريب عليها في السلوكي التوكيدي هي:

١- التوكيد السلبي، ويتضمن الاعتراف بالخطأ مع توضيح أن الخطأ لا يعني أنه سيء أو أنه أرتكب الفعل بسوء نية.

٢- تجريد انفعالات الآخرين من قوتها، ويتضمن تجاهل حديث الشخص الثائر حتى يهدأ، مع توضيح ذلك له.

٣- التعمية والارتباك، ويستخدم عندما يكون هناك اختلاف مع شخص في موضوع من اختصاص المريض فيوضح له أنه غير مستعد للنقاش معه في موضوع من شأنه هو.

٤- الاسطوانة المشروخة، ويستخدم في حالة مقاطعة شخص لحديثه، حيث يتركه حتى ينهي كلامه ويواصل حديثه متجاهلاً حديث الشخص المقاطع.

٥- أسلوب أداء الدور، ويستخدم في تمثيل الدور الاجتماعي قبل حدوثه مع المريض لزيادة قدرته على مواجهة الإحباط والعجز.

٦- التساؤل السلبي، ويستخدم عندما يريد المريض إنهاء خلاف مع شخص عزيز عليه، بأن يطلب منه ملاحظاته السلبية، ثم يكررها على مسمع من ذلك الشخص، ثم يذكر له أنه سوف يكون شاكراً في المرات القادمة إذا زوده بالمآخذ التي يراها عليه.

ويمكن القول أن العلاج السلوكي لقي ولا يزال يلقي رواجاً كبيراً بين المهتمين بالعلاج النفسي، بسبب أن هذا النوع من العلاج يعتمد على

التجريب، الذي يمكن قياسة وحساب مدى فعاليته، إضافة إلى تنوع وتعدد فنياته.

ولكن يبقي السبب الرئيس للاهتمام بهذا النوع، هو كفاءته وفعالية في مواجهة الاضطرابات النفسية بشكل عام والرهاب الاجتماعي بوجه خاص، بسبب تركيزه على المرض مباشرة وقلة تكاليفة، وسهولة أساليبه، وإمكانية تطبيق فنياته من قبل المريض مباشرة دون مساعدة من أحد.

ولعل دراسة (Angelica, 2000) على فعالية العلاج السلوكي الأدراكي في علاج المصابين بالرهاب الاجتماعي الذين يتعاطون المسكرات خير شاهد. فقد قامت الدراسة بالمقارنة بين عينتين قوام كل وأحده (٣٩٧) فرداً ممن يعانون من الرهاب الاجتماعي وإدمان المسكرات.

استخدم مع الأولى العلاج السلوكي الإدراكي في حين لم يستخدم مع المجموعة الأخرى أي نوع من العلاج، وقد أثبتت الدراسة أن للعلاج السلوكي دوراً فعالاً وكبيراً في تحسن حاله المرضى الذين عولجوا به.

العلاج الدوائي:

لعل من أهم النظريات الفسيولوجية، التي حاولت تفسير اضطرابات القلق بوجه عام، نظرية الكاتيكولاماني في البول، وخاصة هرمون الأيبنيفرني "Epinephrine" وهو الهرمون الذي تفرزه الغدة الكظرية "Adrenalin" والذي يرتبط بقوة باضطرابات القلق وخاصة الرهاب الاجتماعي. وهو تفسير علمي هام يضاف إلى التفسيرات الفسيولوجية العلمية الأخرى، التي ترى الارتباط الوثيق بين ذلك الاضطراب والإفراغ الكبير والشديد لنشاط المنظومة العصبية "بيتا – الكظرية" " Beta Adrenergic nervous system" حيث يشعر المريض بالخفقان والارتعاش والتعرق الزائد،

وهي أعراض واضحة ومميزة للاستثاره الشديدة لمستقبلات بيتا الكظرية Beta - Adrenergic receptors، (الرشيدي، وآخرون، ٢٠٠١).

وعليه فإن من أهم الأدوية التي تستخدم في علاج الرهاب الاجتماعي حاصرات بيتا (Beta Blockers) التي تعمل على التقليل من الأعراض العامة للقلق كالرعشة وزيادة ضربات القلب وجفاف الحلق وغيرها من الأعراض، ويقوم الدواء بالعمل على تقليل استثارة الجهاز العصبي، حيث يعمل على وقف دائرة القلق عن طريق قطع إدراك أعراض القلق البدنية، ويؤخذ عادة قبل الموقف الاجتماعي الذي يرهبه الفرد بعدة ساعات، كما تستخدم مضادات الاكتئاب مثل (Imipraminc) و(Fluoxetin) أو ما يعرف تجارياً (Prozac) و(Serizone) بشكل فعال في علاج الرهاب الاجتماعي ويظهر التحسن عادة بعد ثلاثة أسابيع تقريباً، إلا أن الأعراض تعاود الظهور غالباً في حالة الانقطاع عن أخذ الدواء.

كما تستخدم مثبطات مينوامين أو كسداز Monoamine Oxidase Inhibitors والتي تعمل على خفض الحساسية الزائدة تجاه النقد ورفع مستوى ثقة المريض في نفسه، إلا أن هذا النوع يؤدي إلى أعراض جانبية كالكسل والخمول وجفاف الفم وزيادة الوزن مع احتمالية الإصابة بارتفاع ضغط الدم.

كما يوصف دواء البروبرانولول (أندرول) (Propranolol (Inderal في علاج الرهاب الاجتماعي للتغلب على أعراض القلق مثل الارتجاف والتعرق الزائد، وزيادة ضربات القلب، إلا أنه يحظر استخدام هذا الدواء مع المرضى الذين يعانون من الربو، أو الأمراض الصدرية المزمنة، أو السكر، أو أمراض القلب، إضافة إلى أنه قد يؤدي إلى ظهور بعض الهلاوس لدى بعض المرضى.

الاضطرابات النفسية المصاحبة للرهاب الاجتماعي:

تشير العديد من الدراسات الإكلينيكية إلى الارتباط الوثيق بين الرهاب الاجتماعي والاضطرابات النفسية الأخرى.

ففي دراسة (Reich & Anthers, 1993) على عينه مكونه من (١٨٢) لفحص الارتباط المرضي للرهاب الاجتماعي مع الاضطرابات الأخرى أكدت الدراسة أن المصابين بالرهاب الاجتماعي يعانون من الإكتئاب والقلق العام، وأن البعض منهم حاول الانتحار، وكان لديهم ضعف في المهارات الاجتماعية.

وفي دراسة أخرى (Brunello & Pntheys, 2000) توصلت نتائجها إلى أن الرهاب الاجتماعي يرتبط بشكل كبير باضطرابات الإكتئاب، مما يدفع للإدمان على الكحول.

وفي دراسة أخرى (Marshal, 1996) توصلت نتائجها إلى الارتباط الوثيق بين الرهاب الاجتماعي والإكتئاب وحالات الهلع، إضافة إلى إدمان الكحول.

وفي دراسة أخرى (Segui & Anthers, 2001) على عينه تتكون من (٨٩) مريضاً أسبانيا يعانون من الاعتماد الكحولي أكدت الدراسة، أن هناك معدلات عالية من المرضى يعانون من اضطراب القلق العام، حيث أتضح أن ٢٦٪ من أفراد العينة مصابين بأضطراب الخواف، كما توصلت الدراسة إلى أن أفراد العينة لديهم ارتباط مرضي أكبر مع الاكتئاب والخوف.

ويشير (Epivne & pelissolo, 1996) إلى أن الدراسات الإكلينيكية تؤكد أن الرهاب الاجتماعي يكون مصحوباً بمستويات مرتفعة من القلق.

وقد توصل (Merilcangas & Angst, 1995) في دراستهما التي تقوم على مراجعة العديد من الدراسات الإكلينيكية والعائلية، لمرضى الرهاب الاجتماعي أن الرهاب الاجتماعي يكون مصاحباً باضطراب القلق العام في ٥٠٪ من أفراد العينة، وأن ٢٠٪ من العينة يعانون من اضطراب الإكتئاب

القوي.كما تؤكد الدراسة على الارتباط الوثيق بين الرهاب الاجتماعي وإدمان الكحول.

وفي دراسة على عينه قوامها (٥٧) مريض بالرهاب الاجتماعي، وجدت الدراسة أن الرهاب الاجتماعي من أكثر الاضطرابات المزمنة وأنه يرتبط بالاكتئاب بنسبة حوالي ٧٠٪ وباضطرابات الهلع بنسبة ٤٩٪ وبالاعتماد الكحولي بنسبة ٢٨٪ وخلصت الدراسة إلى أن الرهاب الاجتماعي يسبب أذى كبيراً للمصابين به، بل ويخلق لهم اضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب وغيره، (Van ameringen & others, 1991)

وفي دراسة على عينه قوامها (٦٢٨) وجدت الدراسة أن ٥٢٪ من أفراد العينة لديهم مستويات مرتفعة من القلق والإكتئاب وأن ٨٠٪ من أفراد العينة عانوا من التبعيات المادية لهذا الاضطراب ، (Chartier & Walker, 2003).

ويجمع الباحثون على أن آثار اضطراب الرهاب الاجتماعي، لا تقتصر على ما يخلقه من اضطرابات نفسية عديدة، بل يتعداه إلى تدمير حياة المريض الاجتماعية والمادية ، (عبد الله ، ١٩٩٦م).

ثانياً : الإدمان Addiction :

عرف الإنسان المخدرات والمسكرات منذ العصور الأولى حيث استخدمتها بعض الشعوب في طقوسها الدينية، واستخدمها البعض الآخر في علاج الأمراض، ويشير العديد من المصادر التاريخية إلي أن الإمبراطور الصيني " شن ننج shen neng " عرف بعض أنواع المخدرات منذ ٢٧٠٠ سنة قبل الميلاد، كما أورد المؤرخ هيردوت منذ ٥٠٠ سنة قبل الميلاد، أن القبائل البربرية التي كانت تقطن الباكستان والقوقاز، كانت تقوم بحرق نبات القنب الهندي في مظاهر احتفالية وتستنشق الأدخنة المتصاعدة منه ، (سويف: ٢٠٠٠).

كما ورد في قانون حمورابي ١٧٠٠ قبل الميلاد قيود ضد السكر وقد عرفت المجتمعات الحضارية الإنسانية المختلفة ظاهرة تعاطي

المخدرات، فقد خبرها الهنود، والصينيون، والفراعنة، البابليون، والإغريق، وغيرهم وهي حضارات مستقره قامت على الزراعة، وسيادة النظام الزراعي وما يصاحبه من تقييد للعلاقات الاجتماعية، وضبط أكبر للنزعات الحيوانية لدى الإنسان، وظهور للحرف المختلفة وتخصص البعض فيها، وهو ما أدى إلى ظهور الطبقات الاجتماعية " social class "، ففائض الإنتاج الزراعي سمح بأن تتفوات ملكيات الأفراد، فتفوق البعض منهم على الآخر، مما ولد التبعية بدلاً من العبودية. وهو ما مهد إلى تكون مجال نفسي واجتماعي مناسب للإدمان (عبد المنعم، ١٩٩٨م).

إلا أنه لم يكن ينظر إلى مشكلة الإدمان بشكل جدي يستوجب وقوف الشعوب صفاً واحداً لمحاربة تلك الآفة، فقد كان ينظر إليها على أنها مشاكل داخلية تخص شعوب معينة، وترتبط بالعادات الشعبية والمعتقدات الدينية.

وفي نهاية القرن التاسع عشر استجدت أمور جعلت الإدمان مشكلة عالمية، فقد اتسعت التجارة الدولية وبزغ المجتمع الصناعي الحديث محدثاً أجواء نفسيه ساعدت في تنامي هذه الظاهرة، وتنوعت المخدرات التي تتعاطاها الجماهير، وظهرت أنواع جديدة، وتزايدت أعداد المدمنين خاصة بين الشباب والمراهقين بشكل مهول، وظهرت عصابات الاتجار الدولية بالمخدرات " المافيا " محدثه ثورة في أنواع وأساليب التهريب ، (مباسا ، ١٩٩٧م).

ودخلت بعض الدول على ذلك الخط، مدفوعة بأسباب متنوعة، تتباين بين السياسة، والدينية، والمادية، ولعل " حرب الأفيون " التي شنتها بريطانيا على الصين خير شاهد على ذلك.

وبقـي الإدمـان أخطـر المـشاكل الـتي تواجهها البـشرية في العـصر الحديث، لما يخلفه من آثار مدمرة في جميع مناحي الحياة، ولنا أن نتصور آثاره الفادحة صحياً وأسرياً واجتماعياً واقتصادياً. لكي ندرك حجم المأساة، وفداحة الخسائر، التي تمني بها البشرية يوماً بعد آخر.

أولاً: مفهوم الإدمان:

المدمن لغة: المدمن على الشيء هو المتعاطي له المداوم عليه.

اصطلاحاً: ليس هناك أتفاق تام حول مفهوم الإدمان، فهو لفظ فضفاض يحمل أكثر من دلاله، ففريق يفسره على أنه ميل قوى للقيام بفعل معين، وفريق يرى أنه يدل على التكرار، وفريق آخر يرى أنه يعني التكريس والالتزام والعبودية.

كما أن نظره الباحثين إلى ذلك المصطلح تختلف باختلاف تخصصاتهم، فعلماء الاجتماع يركزون على الجوانب الاجتماعية، ورجال القانون على الجوانب القانونية والنظامية، والأطباء على الجوانب البيولوجية البدنية.

بالإضافة إلى أن البعض يخلط بين الإدمان (Addiction) والتعود (Habituation) والاعتماد (Dependence). وقد بذلت منظمة الصحة العالمية جهوداً بغرض التفريق بين التعود والإدمان منذ العام ١٩٥٠م وحتى ١٩٦٩م. حيث عرفت الإدمان بأنه " حالة تشير إلى التسمم المزمن (Intoxication) أو الدوري أو المتقطع (Periodic) يحدثها أحد المواد، حيث تكون هناك رغبة قهرية لتعاطي هذه المادة، وميل لزيادة الجرعة، واعتماد نفسي، وكذلك اعتماد بدني في الأغلب، وحدوث آثار ضاره بالفرد والمجتمع "، بينما لا يحتوي التعود على أية حالة من التسمم، إلا أنه يشير إلى رغبة قهرية في التعاطي وحدوث اعتماد نفسي دون اعتماد بدني ومن ثم لا يعاني المتعاطي

من أعراض التوقف عن التعاطي (Abstinence syndrome)، (الصالح وإسماعيل، ١٩٩٤م)

وقد اقترحت منظمة الصحة العالمية World health organization (WHO) أن يحل لفظ " الاعتماد العقاقيري " محل لفظي الإدمان العقاقيري والاعتياد العقاقيري، وعرفت الاعتماد العقاقيري بأنه حالة تنشأ من التعاطي المتكرر لأحد العقاقير بصفة مستمرة أو بشكل متقطع أو دوري، وتتباين نتائج التعاطي على نوع العقار المستخدم، فقد يكون اعتماد بدنياً أو نفسياً أو كليهما.

وفي عام (١٩٦٩م) أضافت المنظمة (WHO) مصطلح التبعية للعقار كمعنى آخر للإدمان، وعرفته بأنه حالة نفسيه وأحياناً جسمية ناتجة عن التفاعل بين الجهاز الجسمي الحي وعقار معين، وتتسم هذه الحالة بتغيرات وانفعالات تنطوي دائماً على تعاطي العقار بصورة مستمرة بغية الحصول على الآثار البدنية، وقد يخضع الفرد إلى تبعية أكثر من العقار.

ويرى سولتمان Sultman أن الإدمان يعني الحاجة الجسمية والنفسية للعقار، بحيث يشعر المدمن برغبة ملحة وقهرية للعقار، ويضطر إلى أن يزيد الجرعة حتى يحصل على التأثير المطلوب، ويعاني المدمن من أعراض الانسحاب، وهو يضر بنفسه والمجتمع (الصالح ، وإسماعيل ، ١٩٩٤م).

ويذكر العفيفي (١٩٨٦م) أن كلمه الإدمان (Addiction) لا يقصد بها مجرد الاعتماد أو طول الاستعمال لعقار معين، وإنما "تكوين عادة قوية ملحة، تدفع المدمن إلى الحصول على العقار بأية وسيله ... مع زيادة الجرعة من وقت لآخر، وصعوبة قد تصل إلى حد الاستحالة في الإقلاع عنه، لاعتماد نفسيته عليه، وعمل بعض الأنسجة على وجود العقار، فهو حالة تسمم مزمن، أو دوري تنتج عن تعاطي الفرد للعقار سواء كان من أصل طبيعي أو صناعي، مصحوب برغبة مسيطرة في استمرار التعاطي، وميل إلى زيادة

الجرعة، واعتماد نفسي وبدني متزايد على العقار، وظهور أعراض الحرمان عن الامتناع عن العقار ".

وتعرفه عفاف عبد المنعم (١٩٩٨م :٣٣) بأنه " التعاطي المتكرر لمادة نفسيه أو لمواد نفسيه، لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل التعاطي وكثيراً ما تظهر عليه علامات الانسحاب إذا ما أنقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر، ومن أهم أبعاده ميل زيادة جرعة المادة المتعاطاه وهو ما يعرف بالتحمل، والاعتماد له مظاهر فسيولوجية واضحة وحالة تسمم عابرة أو مزمنة، ورغبة قهرية في الحصول على المادة بأية وسيله، وتأثير مدمر على الفرد والمجتمع".

كما يعرفه أبو الروس (٢٠٠٣م:٩١) بأنه " سلوك تدفع إليه رغبة عارمة وملحة، وحاجة غالبة للاستمرار في تعاطي المخدر، وإحساسات جسمية محددة، تنجم عن اعتماد البدن على التعاطي، بحيث لو حرم منه تظهر عليه أعراض معينه يلي بعضها بعضاً، فيصبح المدمن مريضاً تتفاقم حالته وتسوء، وتشتد الأعراض خطورة ما لم تدركه عناية طبية، ويصاب بالألم المبرح نتيجة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم الذي حرم من المخدر، شأنه شأن من يحرم من الغذاء أو الهواء أو الماء، ولذلك يحرص على الحصول عليه ولو بارتكاب الجريمة ".

وباستعراض بسيط للتعريفات السابقة يمكن أن نخلص إلى أن الإدمان يشتمل على الجوانب التالية:

١- تسمم مزمن أو دوري نتيجة تكرار تعاطي عقار من أصل طبيعي أو صناعي.

٢- رغبة عارمة وملحة ومسيطرة في التعاطي.

٣- التحمل Tolerance ، وهو يعني أن الجهاز العصبي تكيف مع تأثيرات عقار معين مما يجعل من الضروري الاستمرار في تعاطي جرعة أكبر من نفس العقار للحصول على نفس التأثير.

٤- الاعتماد وهناك نمطين من الاعتماد :

أ- الاعتماد البدني، ويشير إلى حاجة البدن للعقار الذي تعود على تعاطيه، حيث تحدث تغيرات فسيولوجية للبدن يحدثه تكرار التعاطي لأحد العقاقير، الأمر الذي يستلزم الاستمرار في تعاطيه حتى تتوقف ظهور الأعراض البدنية التي قد تكون مميتة.

ب- الاعتماد النفسي، ويشير إلى الرغبة القوية والملحة والمسيطرة نفسياً للحصول على العقار وحدوث نفس التأثيرات التي كان يحدثها ذلك العقار الذي تم التعود على تعاطيه.

ويختلف الاعتماد سواءً كان نفسياً أو بدنياً باختلاف نوع العقار، فبعض العقاقير تحدث اعتماداً بدنياً ونفسياً كالهيروين في حين أن الكوكايين يؤدي في غالب الأحيان إلى اعتماد نفسي.

٥- ظهور أعراض الامتناع، وهي مجموعة من الأعراض تحدث عند التوقف الفجائي عن التعاطي بالنسبة لمن يعانون من الاعتماد البدني على العقار، وتختلف الأعراض في شدتها باختلاف نوع العقار، فقد تكون شديدة جداً وحادة كما في حالة التوقف عن التعاطي الهيروين، وفي بعض الأحيان قد يؤدي الانسحاب عن الكحوليات إلى تهديد لحياة الفرد مع احتمالية للوفاة تصل مابين ٥٪ و ١٠٪، وقد تكون اقل حدة كالأعراض الناتجة عن التوقف عن تعاطي الكوكائين.

٦- الاستماتة في الحصول على العقار بأية وسيله كانت حتى لو أدى الأمر إلى ارتكاب جريمة.

٧- هيمنة سلوك التعاطي للعقار على الأولويات الأخرى في حياة الفرد.

٨- التدهور الاجتماعي، والصحي، والاقتصادي للمدمن.

٩- الميل إلى العودة النكوص، Relapse حتى بعد فترة من الحرمان من المخدر.

إلا أن السؤال الذي يطرح نفسه بقوه هنا، هو كيف لنا أن نحكم على شخص ما بأنه مدمن ؟؟ وهل تكرار التعاطي كاف لإطلاق ذلك الحكم ؟. ويرى طالب (١٤٢٤هـ) أن الإجابة على هذا التساؤل تستوجب طرح الأسئلة التالي: متى؟ ، كيف؟ ، أين؟ ، مع من ؟

وهي أسئلة تلامس الواقع بشكل كبير وذات بعد عملي تطبيقي أكثر واقعية وأقرب إلى التطبيق الميداني.

فإذا أخذنا السؤال الأول متى؟ فإن غير المدمن يفكر بعقل ومنطق ويختار الوقت المناسب للتعاطي، وهذا الشيء لا يمكن أن ينطبق على المدمن، فهو فاقد للاختيار، فالعقار وحدة هو القادر على تحديد الوقت، فهو لا يستطيع بأي حال من الأحوال أن يقاوم الرغبة الملحة بدنياً ونفسياً للتعاطي وهو ما نسميه الاعتماد النفسي والبدني، فهي تدفعه إلى تلبية حاجتها دون أن يكون له حق الاختيار في الوقت المناسب بعكس غير المدمن.

أما السؤال الثاني، كيف ؟؟ وهو سؤال جوهري جداً، فالشخص غير المدمن لدية القدرة على التفكير بتعقل وروية ومنطقية في الكيفية التي يمكن أن يحصل بها على الشيء الذي يريده، فالمعتاد على التدخين. يبحث عن وسائل منطقية تمكنه من الحصول عليه، وهو الشيء الذي لا يمكن أن تقوله عن المدمن، فمدمن الهيروين سوف يحاول الحصول على الجرعة بأية وسيله كانت سواءً كانت تلك الوسيلة مشروعة أو غير مشروعة، وهو لن يتردد في ارتكاب أي جرم في سبيل الحصول على ذلك المخدر.

أما السؤال الثالث أين ؟؟ فهو سؤال مهم لتحديد الفارق بين المدمن وغيره، فغير المدمن يستطيع أن يحدد المكان الذي يختاره للتعاطي، فهو لدية حرية الاختيار في ذلك، ولدية العقلانية الكاملة في التنفيذ مراعياً الجوانب الاجتماعية كالعادات، والتقاليد، والأماكن المخصصة لذلك، إلا أن المدمن لن يعير هذه الأمور أية أهمية فالحاجة الجسدية والنفسية هي التي تملي عليه أين تعاطى العقار سواءً كان في الشارع أو المنزل أو غيرها، وهو لن يقيم وزناً للأعراف والمعايير والعادات الاجتماعية، فالمهم لدية هو إشباع تلك الحاجة.

والسؤال الأخير مع من ؟! يساعد في التفريق بين المدمن وغير المدمن. فغير المدمن يستطيع أن يحدد الأشخاص الذين سوف يتعاطى معهم، كالأصدقاء أو الزملاء، فالمتعاطي للخمر " وليس المدمن " لدية الحرية الكاملة في أن يحدد هو بنفسه من سوف يشرب معه، ومن هم الأشخاص الذين يريد أن يشاركهم في ذلك، إلا أن مدمن الهيروين لا يستطيع أن يختار من سوف يتعاطى معه عندما يكون محتاجاً إلى التعاطي، فهو لا يفكر في هذا الجانب، وسوف يكون أخر اهتماماته أن يسأل عن الأشخاص الآخرين الذين يتعاطون معه، فالمهم هو أن يتعاطى فقط.

ثانياً: نظريات تفسير الإدمان:

تعددت النظريات المفسرة للإدمان بدءً بمدرسة التحليل النفسي ومروراً بالمدرسة السلوكية وانتهاءً بالمدرسة البيولوجية . وفيما يلي يعرض الباحث لتلك النظريات.

١- مدرسة التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الإدمان راجع إلى التثبيت Fixation على المرحلة الفمية Oral stage وأن المدمن الكحولي أو العقاقيري يعاني من

أحساس رهيب بالحرمان في مرحلة الطفولة، فهو " أي المدمن " على علاقة سيئة بوالديه لأنه لم يشمل في طفولته بقدر كافٍ من المحبة والعطف، وتأتي مواد الإدمان لتساعده على التخلص من مشاعر الكراهية والاكتئاب والإحباط، (الصالح وإسماعيل: ١٩٩٤م:٢٣)

وترى مدرسة التحليل النفسي أن الإدمان اندفاع مرضي، تبعثه الحاجة إلى الحصول على شيء أكبر من الإشباع الجنسي ألا وهو الشعور بالأمن والتعضيد وهو أمر جوهري لكيان الفرد، وهو ما يوافق رأي "الفريد أدلر" من أن المدمن إما شخص لدية نقص عضوي بدني يسعى إلى قهر نقصه العضوي، أو نقص في العلاقات الاجتماعية والثقافية أو الاقتصادية، فيقوم بتعويض النقص بتعاطي العقار ليعطيه الثقة بنفسه وينسيه عيوبه ويدعمه وجدانياً في وحدته وعدم اهتمام المجتمع به، (العفيفي، ١٩٨٦م).

ويشير المغربي (١٩٨٤م) إلى أن التحليليين يرون أن سيكولوجية الإدمان تقوم على أساسين مهمين: **الأول** يرجع إلى صراعات نفسية تتمثل فيما يلي:

١- الحاجة إلى الإشباع الجنسي الذي يرجع إلى اضطراب علاقة الحب في المرحلة الفميه.

٢- الحاجة إلى الأمان.

٣- الحاجة إلى إثبات الذات.

والثاني: الآثار الكيمائية للمخدر، وهو ما يميز مدمن المخدرات عن غيره، فالمخدر يلعب دور البديل عن الإشباع الفمي المضطرب في الطفولة.

وتذكر عفاف عبد المنعم (١٩٩٨م) أن هذه المدرسة تفسر ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعتري مرحلة الطفولة المبكرة، والتي لا تتجاوز السنوات الأربع الأولى نتيجة اضطراب ثنائية العاطفة أي

الحب والكراهية للوالد، هذه العلاقة المزدوجة تنقل وتسقط على المخدر، ويصبح المخدر رمزاً لموضوع الحب الأصلي، وهو ما يفسر ظاهرة السبات لدى المدمنين، فالنوم العميق الهادي يكرر نوم الرضيع بعد شبعه ويستعيد الاتحاد بثدي الأم.

ويشير الحارثي (١٩٩٩م) إلى قول " سارتر " الذي أورده في كتابه "نظرية الانفعالات " من أن المدمن، شأنه شأن المنفعل، يغير نفسه بدلاً من أن يغير عالمه، وهذا التغيير يحدثه في نفسه بواسطة المخدر، مما يتيح له إعادة بناء عالمة إعادة سحرية وهمية لكنها إعادة تمكنه من التوافق مع نفسه والتكيف معها.

ويخلص الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠م) إلى أن مدرسة التحليل النفسي خضعت للعديد من التحولات في أطار محاوله وضع تفسير لظاهرة الإدمان، إلا أن محور هذا التفسير يظل كما أقره " أوتو فينكل " Fenichel " ١٩٤٥م من أن أسباب الإدمان بوجه عام والإدمان الكحولي خصوصاً قد تكون نتيجة إحباط خارجي external frustration أو نتيجة لكف داخلي internal inhibition . وهي حالات لا يجرؤ الفرد معها على مواجهة الأنا العليا من دون التعاطي، فالتعاطي يعمل على امتصاص الإحباط والغضب مما يؤدي إلى التنفيس عن العداء نحو الوالدين، أضافه إلى أنه يعمل على التخلص من احتقار الذات، وإشباع رمزي إلى الحب والعطف.

ويضيف (بوكستين، ٢٠٠٠م) في أطار استعراضه لنظريات تفسير الإدمان، أن مدرسة التحليل النفسية تفترض دور التثبيت الفمي Oralfixaiton لتفسير ظاهرة التعاطي وخاصة الكحوليات فعجز الأم في مواجهة الحاجات الاعتمادية لطفلها خلال المرحلة المبكرة من حياته تؤدي إلى عدم تأكد الطفل من أن هذه الحاجات سوف يتم إشباعها، الأمر الذي يجعله غاضباً من والدته، ونتيجة عدم قدرته على التعبير عن اندفاعه العدائية تجاههم،

يرتد هنا الغضب نحو الداخل وهو ما يؤدي إلى السلوك المدمر للذات في صورة سوء استخدام المواد النفسية.

وطبقاً لوجهة نظر الكثير من المنظرين التحليليين فإن المدمنون يتصفون عادة بالاندفاع، والاعتماد على الغير، والانعزال العاطفي، ومشاعر النقص، والاكتئاب، وهي مشاعر تشير إلى عجز الأنا، وأن التعاطي ما هو إلا وسيلة لمواجهة عدم الراحة النفسية.

وهو ما يوافق ما ذهبت إليه عفاف عبد المنعم (١٩٩٨م) من أن المدمن يقبل على المخدر طلباً للتوازن بينه وبين واقعة، فالمخدر سند يمنح القوة والثقة نتيجة ما يحدثه من تغير في الوظائف النفسية والعمليات العقلية، تنعكس على إدراكه للعالم الخارجي. فالعقار هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها المتعاطي لمواجهة العجز وقلة الحيلة الذي يرجع أساساً إلى البناء النفسي الهش للمدمن الذي يفتقر إلى القوة والتماسك الداخلي، إضافة إلى الواقع الخارجي من حيث ضراوته وقسوته وإحباطاته ومصاعبه التي تعترض تحقيق المطالب الإنسانية الأساسية.

٢- المدرسة السلوكية Behavioral school

تذهب المدرسة السلوكية في إطار تصديها لتفسير الإدمان إلى مجموعة من النماذج يمكن أن نلخصها في خمسة نماذج هي :

١- نموذج فرض خفض التوتر Tension-Reduction Hypothesis. يرى هذا النموذج أن تعاطي الكحول والمخدرات يؤدي إلى ضعف التوتر والقلق فيصبح ذلك معززاً للتعاطي، حيث يتعلم الفرد أن هذه المواد تؤدي إلى خفض الاستجابة الجسدية للضغط، وهذا يؤدي بالتالي إلى حث وتدعيم استخدامها في المواقف الضاغطة المشابهة (Bukstein ,2000).

٢- أنموذج التوقع Expectancy Model ، وهو أنموذج معرفي يبني على توقع وجود علاقة ثابتة بين حدوث الشيء والعائد منه، فيعتقد الشخص أن تعاطي العقار أو المخدر يترتب عليه عائد مرغوب، أو نتيجة مرجوة في خفض حالات التوتر لديه، وحدوث اللذة والتوكيدية الاجتماعية، وهذه التوقعات يتم بنائها من المحيط الاجتماعي الذي يتفاعل معه الفرد.

٣- النظرية السلوكية الحيوية، وهي مجموعة نظريات تقوم على أساس الربط بين العلوم البيولوجية والسلوكية، مثل الربط بين تعاطي الكحول أو الحشيش وما يلقاه المتعاطي من تعزيز من مادة الكحول أو الحشيش من حالات نشوه وسرور وقدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية نتيجة تفاعل المادة مع الخلايا العصبية، مما ينتج عنه سلوك معين واتجاه نحو التعاطي. وفي هذا الاتجاه يبرز علم النفس العصبي Neuropsy chology، وهو نظام علمي يقوم على تفاعل العمليات المخية السلوكية، حيث يفسر الإدمان على أنه نتاج اضطرابات عصبية سلوكية Neuro behavioral disorders، تظهر في الطفولة والمراهقة وتكون موروثة وتعمل كاستعداد للإدمان في الرشد.

٤- أنموذج الأشراط Conditioning model، يشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠م : ١٠٠) إلى أن "وكلر " أول من طبق نظرية الاشراط الكلاسيكي لبافلوف، لتفسير سلوك تعاطي المخدرات والعقاقير واستمراره أو أنطفائه، فمن خلال التجارب التي أجراها على بعض الحيوانات لاحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابات القائمة على الاشراط الإجرائي، حينما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشتقات الأفيون أو الامفيتامينات، ويذهب " وكلر " إلى

أن الأنماط السلوكية تصبح معززات ثانوية ، وإن اللذة والنشوة هي المعززات الأولية ، ويضيف أن الأعراض الأنسحابية تكتسب خواص أشراطية مؤلمة.

٥- أنموذج التعلم الاجتماعي Sociol Learning model ، وهي من أهم النماذج التي قدمتها المدرسة السلوكية الحديثة ، فهي لا تقتصر على تقديم تفسيرات مهمة لظاهره التعاطي والإدمان ، بل تتعداها إلى آفاق تطبيقية رحبة في مجال الإرشاد والعلاج والتأهيل للمدمنين.

حيث تري أن التعاطي نمط سلوكي متعلم يكتسبه الفرد في سياق تفاعلاته مع الوسط المحيط (Bukstein, 2000). وتعزي بداية التعاطي وفقاً لهذه النظرية إلى عدة أسباب منها التأثيرات المباشرة لتعاطي العقار أو المخدر ، قد تحدث عند الفرد شعوراً باللذة وهو ما يسمى بالتعزيز الموجب ، أو أن الفرد يتعلم التعاطي من خلال ملاحظته للآخرين وتقليدهم وهو ما يسمى " بالنمذجه Medeling ".

فالشعور الذي يولده تعاطي الكحول من خفض التوتر والقلق والقدرة على المواجهة الاجتماعية والاندماج، تعطي أحساساً بالقوة وتعمل على تخفيف الضغوط على الفرد ، وهو جانب أثبتت البحوث التجريبية قوة تأثيره في ظاهرة التعاطي.

وتأتي النمذجة أو التعلم عن طريق الملاحظة أو التعلم بالمحاكاة لتقدم تفسيراً مهماً ، فقد أثبتت التجارب الميدانية أن الشباب الذين يتعاطون الكحوليات ، يزيدون كمية التعاطي في وجود نموذج التعاطي ، كما أن هؤلاء الشباب يزيدون كمية التعاطي بعد ملاحظتهم لنموذج من التعاطي الكثيف ، (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠م).

ويـذهب الـصالح وإسماعيـل (١٩٩٤م) إلى أنـه يمكـن عـزو الـسبب الرئيسي في تعاطي المخدرات والكحوليات إلى ما يجده المتعاطي من خفض للتوترات والانفعالات المؤلمة للفشل والإحباط والقلق، حيث يحصل المتعاطي على نوع من التدعيم الإيجابي حيث تزداد ثقته في نفسه، وشعوره بالأمان، وقدرته على مواجهة مطالب الحياة الأمر الذي يدفعه إلى تكرار التعاطي.

وتشير عفاف عبد المنعم (١٩٩٨م) إلى أنه بالرغم من أن المدرسة السلوكية تعزوا أسباب تعاطي المخدرات إلى ما يعرف بخفض التوتر، إلا أن الدراسات التي أجرها " كوبل، ١٩٧٥م Coppel " والذي استعرض فيها دراسات كلاً من، " وليامز Williams ، ومينكر Menaker ، وجارلسون Gralson، وتيلر Tuler ، وغيرهم توصلت إلى أن تعاطي المخدرات لا يؤدي إلى خفض التوتر.

٣- التفسيرات الاجتماعية الثقافية:

يشير الحارثي (١٩٩٩م) إلى أنه يمكن أن نفسر ظاهرة الإدمان وفقاً لنظرية الاختلاط التفاضلي، التي أبدعها " أدوين سذرلاند " ١٩٣٩م، والذي يرى من خلالها أن الإنسان يتعلم السلوك بوجه عام والإجرامي على وجه الخصوص من خلال اختلاطه بغيره، فهو يكتسب سلوكه من المحيط الثقافي المحيط به، فكل شخص ينطبع بالطابع الثقافي المحيط به، ويتشبه به ما لم يكن هناك ثقافات أخرى تتصارع مع الثقافة المحيطة، وهو ما يفسر تحول بعض الأحياء إلى أوكار للجريمة والإدمان، وهو ما يوافق ما ذهب إليه باجتروف ١٩١٣م، من أن الإدمان مشكلة اجتماعية واقتصادية لا يمكن محاربتها إلا من خلال معالجة الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد والمجتمع (الشيخ، ١٩٨٥م).

ويذكر (غباري، ١٩٩١م) أن البيئة الاجتماعية تسهم بشكل كبير في ظاهرة الإدمان.

ويشير الصالح وإسماعيل (١٩٩٤م) غالبية المدمنين في الولايات المتحدة ينتمون إلى أحياء متخلفة " Slums " داخل المدن الكبرى.

حيث يسهل الحصول على المخدرات، وتكون الاتجاهات القائمة نحو سيادة القانون اتجاهات سلبية مقارنه بالمناطق المتقدمة اقتصادياً.

كما أنه بتتبع التاريخ الأسرى للمدمنين فإنهم ينتمون غالباً إلى أسر مفككة، وذات تاريخ سابق في الخروج على القانون.

ووفقاً للتفسيرات الاجتماعية والثقافية فإنه يمكن أن نعزوا الإدمان إلى الأسباب التالية:

١- الأسرة ، حيث تلعب العلاقة بين الوالدين والأبناء دوراً كبيراً في تفسير ظاهرة الإدمان، فهو يرتبط بالأسر التي تضطرب العلاقة بين أفرادها في ظل غياب الوالدين أو أحدهما، كما ترتبط بأساليب خاطئه في تنشئة الأبناء ورعايتهم وتلبية حاجاتهم والتي تتباين بين القسوة المفرطة والدلال الزائد، ويمكن أن نضرب مثالاً بالإدمان الكحولي الوالدي وكيفيه انتقاله لاحقاً إلى الأبناء، فالإدمان يرتبط بالأسر المتصدعة التي تكثر فيها الاضطرابات، كما أن الانهيار الخلقي في الأسرة في مقدمة العوامل المؤدية إلى الإدمان ولعل أهم عوامل الانهيار الخلقي انحراف الوالدين أو أحدهما وانعدام القيم الروحية وفقدان المثل.

٢- جماعة الأقران، حيث يرتبط التعاطي والإدمان ارتباطاً وثيقاً بتأثيرات جماعة الأقران التي يتفاعل معها الفرد خاصة في مرحلة الشباب وقد تكون جماعة الرفاق ذات تأثير أكبر من تأثير الأسرة في أحداث الإدمان، وقد أثبتت أحدى الدراسات التي أجريت في بريطانيا أن ثلث

الجانحين قد بدأوا تعاطي المخدرات في سن الخامسة عشرة ، وأن جماعة الرفاق كانت بداية الإدمان (الصالح وإسماعيل، ١٩٩٤م).

فالمراهق يتأثر بشكل كبير بجماعة الأقران ويسعى جاهداً للاندماج في الجماعة والظفر بقبولها ولعل شرب السكر الاجتماعي Drinking Social ، خير شاهد على ذلك.

ويذكر الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م) أن نموذج تجمعات الأقران Peer Cluster Model يرتبط بتعاطي المخدرات وذلك لوجود تجمعات صغيرة من الأشخاص الذين تتفق معتقداتهم واتجاهاتهم وقيمهم وتبريرهم لتعاطي المخدرات، وقد يكون التعاطي مفتاح عضوية الجماعة.

٣- البيئة الاجتماعية والثقافية: تؤدي العوامل الخارجية المحيطة بالفرد دوراً كبيراً في دفعه نحو الإدمان، وتشتمل البيئة المحيطة متغيرات عديدة مثل الحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي، والعمل والمستوى التعليمي، والعادات والتقاليد والقيم الدينية، وغيرها ولعل خير شاهد على دور البيئة الاجتماعية والثقافية في تعاطي المخدرات. انتشار تعاطي القات في اليمن بشكل كبير، وفي جميع طبقات وشرائح المجتمع، حيث ترى ثقافة ذلك المجتمع أن التعاطي موروث شعبي لا يمكن التنازل عنه.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن أعداد المدمنين الكحوليين في المملكة يقل بدرجة ملحوظة مقارنة بالدول الأخرى، وهذا عائد إلى الثقافة الدينية التي تحرم شرب المسكر وتضع عقوبة لمن يشربها ، إضافة إلى النبذ الاجتماعي لشارب المسكر، والوصم الاجتماعي الذي يلحق به وبأفراد أسرته، وهو ما يختلف اختلافاً جذرياً عن المجتمعات الأخرى التي تنظر إليه على أنه إحدى العادات الاجتماعية المشروعة. كما أنه لا يمكن إغفال دور العوامل الأخرى كالمدرسة والفراغ والهجرة، والحراك الاجتماعي، والفقر ووسائل الإعلام وغيرها.

٤- المدرسة البيولوجية:

وتنطلق في تفسيرها للإدمان من البدن وما يتعلق به من عمليات وراثية وفسيولوجية وكيميائية، حيث يرى أنصار هذه المدرسة أن المدمن ولد ولدية الاستعدادات البيولوجية والحيوية ليكون مدمناً. ووفقاً لأنموذج الاستعداد البيولوجي Genetic Predisposition Model.

ويشير العفيفي (١٩٨٦م) أن الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة وجدت أن نسبة إدمان الخمر لديهم ٦٥٪، مقابل ٣٠٪ في التوائم المتشابه. وأن الشخص ذو التاريخ العائلي السابق للإدمان الكحولي، يزيد لديه الإدمان بمعدل أربع مرات أكثر من الشخص العادي. ويذكر الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م) أن دراسات التبني Adoption Studies التي تم إجراءها منفصلة في كلٍ من الدنمارك والسويد والولايات المتحدة الأمريكية، أكدت وجود دلائل تؤيد وجود استعداد وراثي نحو إدمان الكحول على الأقل بين الذكور، فقد كان أبناء الآباء المدمنين للكحول أكثر احتمالاً بأن يصبحوا مدمنين من أبناء الآباء غير المدمنين، سواءً نشأ هؤلاء الأبناء مع آبائهم البيولوجيون أو مع آباء بالتبني.

ويذكر الصالح وإسماعيل (١٩٩٤م) أنه عندما أجريت دراسة على مجموعة من الكحوليين، تبين أن حوالي ٥٠٪ من أفراد الأسرة من الدرجة الأولى يعانون من الإدمان الكحولي، وأنه عندما أجريت دراسة على التوائم في السويد وجدت الدراسة أن درجة التماثل الكحولي تصل إلى ٥٤٪ لدي التوائم المتطابقة مقابل ٣٨٪ لدي التوائم المتشابه.

وفي هذا الإطار، يشير بوكسين (Bukstein,2000) إلى أنه خلال العقود الماضية زادت الأدلة التي تشير إلى زيادة خصائص عدم السواء البيولوجي كبناء تحتي يؤدي لا إراديا إلى إساءة استخدام المواد النفسية، وأن الدراسات الحديثة كشفت عن وجود مكونات وراثية أساسية ومستقلة

عن تأثيرات البيئة، كعامل وراثي مهيئ. فقد قام الباحثون بفحص العلاقات البيولوجية من خلال مقارنة أطفال يسيئون استخدام المواد النفسية بأطفال أسوياء، وأثبتت التجارب وجود فوارق في مجهود الحدث على اختبار رسم المخ، وشده التفاعل على الكحول.

كما تبرز التفسيرات البيولوجية التي لا تعزوا الإدمان إلى الوراثة بل إلى عوامل حيوية أخرى حيث يذكر أبو الروس (٢٠٠٣م: ٩٠) أن من أهم النظريات التي قد تساعد على فهم ظاهرة الإدمان نظرية التمثيل الغذائي ، حيث يصبح المخدر، أحد المقومات الأساسية في التمثيل الغذائي في الخلية، مما يسبب الاعتماد البدني. كما يعرض لنظرية الاندرمورفين التي تؤكد أنه عندما تتعرض الشعيرات العصبية الموجودة بالمخ التي تنتج مركب كيميائي مقارب للمورفين للمخدر، فإنها تصاب بالكسل في إنتاج ذلك المركب لاعتمادها على المخدر، وهو ما يسبب الشلل الوظيفي عند فقدان المخدر.

كما أن نظرية المستقبلات العصبية والأفيون والتي تتلخص في أنه توجد مستقبلات عصبية في النخاع الشوكي والغدة النخامية وغيرها من أجزاء الجسم تنتج ما يمكن تسميته بالأفيون الداخلي ،وعند تعاطي الأفيون الخارجي فإن الجسم يعتمد عليه بشكل مطلق.

كما يمكن تفسير الإدمان على ضوء نظريات نقص التغذية Nutritioal ، حيث يمكن تفسير الإدمان الكحولي انطلاقاً من نقص الثيامين في الجسم أو ما يسمى (زملة فرنيك، كورساكوف) كما أنه يمكن تفسير الإدمان انطلاقاً من النموذج الغدي الذي يبرز ما للتعاطي والإدمان من تأثيرات على النظام الغدي في الجسم، تؤدي إلى اختلال وظائف الغدد نتيجة لضعف نشاط القشرة الكظرية في الدماغ، حيث يؤثر المخدر على المستقلات العصبية ، (الرشيدي وآخرون ، ٢٠٠١م).

ويرى الباحث أنه بالرغم من أن كل مدرسة من المدارس التي تصدت لتفسير ظاهرة الإدمان، قدمت الحجج والأدلة والبراهين التي لا يمكن التقليل من شانها، وهو أمر متوقع نظراً لتشابك وتعدد العوامل التي تحدد طبيعة الإدمان، الأمر الذي لا يمكن معه الحديث عن تفضيل نظرية على أخرى، أو التركيز على إحداها وإهمال البقية، فالإدمان ظاهرة إنسانية تدخل فيها مختلف المتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية تفسيرياً وتشخيصياً وعلاجياً، وعليه فإننا نخلص مما سبق إلى أنه يمكن أن نغزوا الإدمان إلى الأسباب التالية:

١- عوامل داخلية تعزى إلى الحالة البدنية والنفسية للفرد كالعوامل الوراثية والتكوينية ودور المستقبلات العصبية.

٢- عوامل خارجية، تعزي إلى ما هو محيط ببيئة الفرد كالأسرة وجماعات الرفاق ووسائل الإعلام وغيرها.

ومن هذا المنطلق فإنه عند النظر إلى هذه المشكلة فإنه يجب أن نضع في الاعتبار أن تفسير الإدمان وفقاً لأحدى النظريات فقط من القصور غير المبرر، حيث يجب الآخذ بتعدد الأسباب، وهو ما يمكن أن نطلق عليه النظرة التكاملية لتفسير الإدمان.

ثالثاً : المسكرات Aleohols

مفهوم المسكرات:

لغة: سَكَرَ فتر وسكن يقال سَكَرت الريح. وسكر البحر أي ركد وسَكَرَ بصره أي غشي عليه أو حبس عن النظر، والسُكر غيبوبة العقل واختلاطه من الشراب المسكر، أو ما قد يعتري الإنسان من الغضب أو العشق أو الظفر.

والسّكَرُ، كل ما يسكر من خمر وشراب قال تعالى (وَمِن ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَالأَعْنَابِ تَتَّخِذُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَرِزْقًا حَسَنًا إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَةً لِّقَوْمٍ يَعْقِلُون) (النحل ، آية : ٦٧).

والسّكْرةُ المرة من السكر، والسّكيرُ الكثير السكر والسكار، بائع السكر من الخمر والنبيذ وما أشبهها.

وهو مرادف للخمر حيث سميت خمراً لأنها تخمر العقل وتستره، فهي مشتقة من خمار الرأس أي غطاء الرأس، كما يعرف في اللغة بكلمة غول، قال تعالى (لَا فِيهَا غَوْلٌ وَلَا هُمْ عَنْهَا يُنزَفُونَ) (الصافات، آية : ٤٧)، كما يطلق عليها أسماء أخرى كالطلاء والراح والمدام.

والخمر عند الفقهاء تطلق على كل ما خامر العقل وخالطه.

ويعرف دعيبس (١٩٩٤م) الخمر بأنه " كل مسكر سواءً كان متخذ من الفواكه أو الحبوب أو السكريات أو العسل، وسواءً كان مطبوخاً أو معالجاً بالنار أو نيئاً، وسواء كان معروفاً باسم قديم كالنبيذ أو الخمر أو مستحدث كالعرق والكونياك والويسكي والبراندي والبيرة والشمبانيا".

كما يسمى بالكحول وهي كلمة عربية أساسها (كحل) وهو مسحوق دقيق من كبريتد الأنتمون حضّره العلماء العرب، واستخدمته

النساء لزينة العيون، وبعد ذلك أطلق العالم برازيلس كلمة كحول العربية على السوائل التي تتطاير ومنها الإيثانول.

ويعرف الكحول بأنه عبارة عن مركب كيميائي عضوي سائل شبيه بالماء أي أنه شفاف عديم اللون وله رائحة عطرية مميزة، وطعم لاسع، يغلي عند درجة (٧٨,٣°م) ويمتزج مع الماء بجميع النسب، وهو قابل للاشتعال، ويتبع الكحول في التقسيم الكيميائي مجموعة المركبات المتشابهة كيميائياً وتسمى بالكحوليات Alcohols، وهي عبارة عن سلسلة من المركبات الكيميائية العضوية التي تشترك في وجود مجموعة كيميائية هي مجموعة الأيدروكسيل (أيد) كما تشترك في بعض الخصائص الأخرى سواءً الطبيعية أو الكيميائية ، (الحارثي، ١٩٩٩م).

وينقسم الكحول إلى:

- الكحول الأثيلي (Ethyl alcohol) وهو سائل طيار، عديم اللون، نافذ الرائحة، يتجمد تحت الصفر المئوي، وهو مذيب لكثير من المواد العضوية ويستعمل في صنع العطور والمشروبات الروحية وأغراض صناعية أخرى.
- الكحول المثيلي (Methyl alcohol) وهو الكحول المعدوم أو السبرتو وهو كحول أثيلي مضاف إليه إما كحول مثيلي أو مواد أخرى لمنع استعماله كمشروب ويستخدم في بعض العطور والصبغة الملونة للشعر والكلونيا.

وقد ظهر تعبير الإدمان الكحولي منذ أكثر من مائة وستين عاماً، فقد لاحظ الباحثون الرغبة العارمة لتعاطي الكحول بين من إعتادوا السكر. وقد أطلق عليه الطبيب النفسي الفرنسي اسكيرول Esquirol لفظ

(جنون السكر) Monomaniaf Drunkess ، كما ظهر في هذا الاتجاه ألفاظ أخرى مثل هوس الشراب وجنون الشراب وهوس النبيذ.

وقد صاغ "هس" Huss لفظ Alcoholism عام ١٨٥٢ ، وأشار إلى أنه لا توجد حدود واضحة بين أعراض الإدمان الكحولي والمرض العقلي.

وقد استخدم كل من كيربلين Keraepelin وكيرتز Kurtz لفظ Al cohol addiction ، للإشارة إلى نمط من الاضطرابات لدى بعض الأشخاص من ليست لديهم إرادة قوية للتخلص من تعاطي الكحول.

كما أشار بوجين بلولير Bleuler إلى الإدمان الكحولي باعتباره نمط من الاضطرابات مصحوب بتغيرات بدنية وسلوكية وتدهور في القيم الدينية والاجتماعية وتناقض في المشاعر الوجدانية، (الصالح وإسماعيل، ١٩٩٤م).

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-III, 1987) الإدمان الكحولي انطلاقاً من ثلاثة محاور هي:

١- نمط معين من الاستخدام الكحولي، يتمثل في الحاجة إلى تعاطي الكحول يومياً حتى يتمكن من الاستمرار في مهام الحياة، وعدم قدرة على التوقف عن تناول الشراب، ومحاولات متكررة لتحقيق ذلك، وحدوث ظاهرة التعتيم والاستمرار في تناول الكحول بالرغم من حدوث خلل بدني خطير.

٢- اضطراب الحياة الاجتماعية والمهنية بسبب تعاطي الكحول، وحدوث مشكلات مثل: حوادث المرور، والسلوك العنيف، ومشاحنات الأسرة والأصدقاء.

٣- حدوث ظاهرة التحمل وأعراض الانسحاب.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) الإدمان الكحولي بأنه اضطراب سلوكي مزمن يكشف عن تكرار تناول المشروبات الكحولية،

بدرجة تزيد عن الاستخدام الغذائي والاجتماعي السائد في المجتمع، وبشكل يخل بصحة المتعاطي أو وظائفه الاجتماعية أو الاقتصادية.

موقف الإسلام من الخمر:

عرف العرب الخمر منذ أمد بعيد، وتعلقوا بها تعلقاً شديداً، وأبدعوا في وصفها والتعزل بها، حتى أنه لا تكاد تخلوا أية قصيدة من قصائدهم من ذكر الخمر ولذتها، بغض النظر عن غرض القصيدة ومناسبتها، وأصبحت رفيق دربهم في السراء والضراء. وتكشف كتب التراث الأدبي عن ولع العرب بالخمر وشغلهم، وكلفهم التام بها، وتغزلهم في محاسنها. وعندما جاء الإسلام لم يحرم الخمر أول الأمر فقد نزل قول الله تبارك وتعالى في مكة (وَمِن ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَالأَعْنَابِ تَتَّخِذُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَرِزْقًا حَسَنًا) (النحل : ٦٧).

فكان المسلمون يشربونها ثم أنزل عز وجل في المدينة (ويسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس وإثمها أكبر من نفعها) (البقرة : ٢١٩).

ومن هنا بدأ عز وجل في تدريج تحريم الخمر فقد أعطى للمؤمنين أولى جرعات التحريم، عندها تركها البعض للإثم الكبير وشربها فريق آخر. إلى أن صنع عبد الرحمن بن عوف رضي الله عنه طعاماً فدعا أناساً من الصحابة، وأتاهم بخمر، فشربوا وسكروا، وحضرت الصلاة فقدموا بعضهم ليصلي فقرأ (قُلْ يَا أَيُّهَا الْكَافِرُونَ) (الكافرون ، آية ١) إلى آخر السورة بحذف " لا " في " لاَ أَعْبُدُ " فأنزل الله عز وجل (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُواْ لاَ تَقْرَبُواْ الصَّلاَةَ وَأَنتُمْ سُكَارَى حَتَّىَ تَعْلَمُواْ مَا تَقُولُونَ) (النساء ، الآية : ٤٣) فحرّم السكر في أوقات الصلاة، فتركها قوم من الصحابة وقالوا لا خير في شيء يحول بيننا وبين الصلاة. وشربها قوم آخرين في غير أوقات الصلاة، إلى

أن شربها رجل من المسلمين، وجعل ينوح على قتلى بدر، فبلغ ذلك رسول الله صلى الله عليه وسلم فجاء عليه الصلاة والسلام فزعاً يجر رداءه حتى انتهى إليه، ثم نزلت آية التحريم. قال تعالى(يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُواْ إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالأَنصَابُ وَالأَزْلاَمُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ۞ إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاء فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللّهِ وَعَنِ الصَّلاَةِ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُونَ) (المائدة ، آية : ٩٠-٩١)، وبذلك تم تحريم الخمر في شهر ربيع الأول من السنة الرابعة للهجرة ، (العفيفي، ١٩٨٦م).

وقد جاءت السنة النبوية لتؤكد تحريم شرب الخمر، فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " لعن الله الخمر وشاربها وساقيها وبائعها ومبتاعها وعاصرها ومعتصرها وحاملها والمحمولة إليه وآكل ثمنها " (سنن أبي داود ٢٩٢/٢٠). وأوجبت الشريعة عقوبة على شاربها في الدنيا مع الوعيد بحرمان شاربها من شربها في الآخرة. فقد روى أنس ابن مالك أن النبي صلى الله عليه وسلم، جلد في الخمر بالجريد والنعال، وجلد أبو بكر أربعين " متفق عليه (صحيح مسلم).

ومصدر العقوبة التشريعي هو قول الرسول صلى الله عليه وسلم " من شرب الخمر فجلدوه فإن عاد فجلدوه " (عوده ، ١٩٩٣م).

وعن الحصين بن منذر رضي الله عنه في قصة جلد الوليد بن عقبة حينما شرب الخمر (جلد رسول الله صلى الله عليه وسلم أربعين، وأبو بكر أربعين وعمر ثمانين كل سنة، وهذا أحب إليّ) (صحيح مسلم).

مشكلة الكحوليات:

تمثل الكحوليات مشكلة كبيرة لكثير من المجتمعات، حيث يأتي إدمان الكحوليات في مقدمة العقاقير والمخدرات المختلفة، بل أنها تحتل المرتبة الأولى بين مواد التعاطي والإدمان ففي الولايات المتحدة أثبتت الدراسات التي أجرتها إدارة الخدمات الإنسانية والصحية U.S.Department of Health and Human أن ٩٠٪ من الراشدين لديهم سابق خبرة بالكحول بينهم ٣٤٪ يتعاطون بدرجة خفيفة، و ٢٤٪ بدرجة متوسطة، و ٩٪ بدرجة شديدة وثقيلة.

وتذكر الجمعية الطبية الأمريكية، أنه في عام ٢٠٠٠م تناول ٣,١ مليون مراهق يبلغ متوسط أعمارهم الثانية عشرة الكحول لأول مرة، (النور، ٢٠٠٢م).

ويذكر الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م) أن الولايات المتحدة الأمريكية تنفق سنوياً ١١٦ بليون دولار على مشكلة الكحوليات.

ولعل من أهم الأسباب التي تدفع بإدمان الكحول إلى المرتبة الأولى عالمياً بين مواد التعاطي والإدمان هو المشروعية التي تضيفها أغلب المجتمعات على تعاطي الكحول، حيث لا يعتبر استخدامها أو المتاجرة فيها أمراً محظوراً، وهو الأمر الذي ساعد في اتساع استخدامها.

وتكمن خطورة تعاطي وإدمان الكحول في ارتباطه بالجريمة كالسرقة والسطو والقتل والعنف، والحوادث المرورية، حيث يقدر في الولايات المتحدة أن عدد القتلى في حوادث السيارات على الطرق السريعة بسبب تعاطي الكحوليات يفوق عدد القتلى الذين فقدتهم الولايات المتحدة في كل حروبها، وقد كشفت الدراسات أن ٣٠٪ من كل محاولات الانتحار أصحابها من المدمنين للكحوليات، وأن النسبة تصل إلى ٤٠٪ عند النساء، (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١م)

وإضافة إلى الخسائر المادية الفادحة المتمثلة في قيمة ما يتم إنفاقه على المشروبات الكحولية، وضياع أوقات العمل، ونقص الإنتاجية، والرعاية الصحية في المصحات ، بالإضافة إلى الخسائر الصحية المتمثلة فيما يخلفه الإدمان للكحول من أمراض فتاكة مثل أمراض الكبد، والبنكرياس واختلال الوظائف الجنسية، واضطرابات الجهاز الهضمي، وأمراض القلب والسرطان، والاضطرابات النفسية التي تحيل المدمن للكحول إلى شخص هامشي دون أدنى فعالية، بالإضافة إلى الانحرافات السلوكية، واحتمالية انتقال عدوى الإدمان من الوالدين إلى الأبناء. ولعل أكبر المشاكل التي ترتبط بالإدمان الكحولي أن المدمن الكحولي لا يقتصر على تعاطي الكحوليات، فالاعتماد على تعاطي الكحوليات ينتقل إلى مواد إدمانية أخرى بسهولة.

أنماط الإدمان الكحولي:

وضع جيلينك تعريفاً للإدمان الكحولي هو " أي تعاطي للمشروبات الكحولية من شأنه أن يحدث ضرر للفرد أو المجتمع أو كليهما "، ويحدد مصطلح ضرر (إصابة) damage بشكل واسع ليشمل الأضرار النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية، وقد قسم جيلينك (أرناؤوط ، ١٩٩٢م) الإدمان إلى خمسة أنواع هي:

١- **كحولية ألفا** (Alpha Al coholsim):

وهو اعتماد نفسي صرف على الكحول للتخلص من الآم جسمية أو متاعب انفعالية ولا يؤدي تعاطي أفراد هذه المجموعة إلى فقدان السيطرة على تناولهم للشراب الكحولي، أو حدوث أعراض إنسحابيه عند التوقف.

٢- **كحولية بيتا** (Beta Al coholism):

وهو صيغة من الإدمان الكحولي تكون مصحوبة بمضاعفات بدنية مثل التهاب الأعصاب، والتهاب المعدة، وتليف الكبد، ولكن لا يكون هناك اعتماد بدني.

٣- **كحولية جاما** (Gama Al cohilsim):

وهو تطور من الاعتماد النفسي إلى الاعتماد البدني، حيث يكون مصحوب بظاهرة التحمل Tolerance، وأعراض الانسحاب With drawal symptoms، وفقدان السيطرة على تناول الشراب مع تغيرات سلوكية واضحة، ويعتبر هذا النوع أكثر الأنواع شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية.

٤- **كحولية دلتا** (Delta Al coholsim):

وينتشر في أوروبا، ويتشابه مع إدمان جاما إلا أن ما يميز مدمني جاما أنهم باستطاعتهم التحكم بالكمية التي يشربونها، إلا أن مدمني دلتا لا يستطيعون التحكم في مناسبة الشراب، أو الانقطاع ولو ليوم واحد. إذ يتطلب هذا النوع وجود نسبة معينة من الكحول في جسم المدمن في جميع الأوقات، وتبدأ أعراض الانسحاب في حالة تدني هذه النسبة.

٥- **كحوليه إبسيلون** (Epsilon Al coholsim):

وهو أقل الأنواع انتشاراً ويعتقد Jellinek أن إدمان إبسيلون لا يعدو كونه أحد أشكال إدمان جاما، إلا أن مدمني هذا النوع يشربون على فترات متقطعة، ولكنهم عندما يكونون تحت تأثير الكحول فإنهم يصبحون في غاية العنف، وغالباً ما تنتهي فترة الشراب بمشكلة أو مشاجرة.

مصادر الكحول:

يوجـد الكحـول في مـادة الايثـانول Ethanol ، ويتكـون الكحـول الايثيلي طبيعياً كناتج تحللي وتعفني للمواد الكربوهيدراتية النباتية.

كما يوجد في المشروبات الكحولية Alcoholic beverages بعد عملية التخمير Fermentation مع العامل المساعد الخمائر Yeasts، حيث تتراوح نسبة الكحول ما بين ٢٪ في البيرة (Beer) و ٦٠٪ في الويسكي (Whiskey).

كما يوجد الكحول في بول الإنسان، ودم المتعاطي لكمية كبيرة من الكحول، كما يوجد في بول المريض بداء السكري Diabetic persons وهو ناتج من عملية تخمر السكر.

طرق تحضير الكحول:

هناك عدة طرق لتحضير الكحول، البعض منه ذو قيمة اقتصادية كصناعة الخمور، والبعض منه الآخر ليس له قيمة اقتصادية.

وتأتي عملية التخمير Fermentation process كأهم طرق تحضير الكحول، حيث يتم أحداث تخمير السكر بواسطة أنزيمات نشطة Enzymes Active موجودة في مادة الخميره Yeast.

ويتم استخدام القمح، أو نشأ الذرة، أو نشأ الأرز، أو نشأ البطاطس، أو السكريات مثل قصب السكر أو البنجر أو العسل الأسود في عملية التخمير.

ثم يتم فصل الكحول عن الحامض بواسطة التقطير البخاري، ويحتوي الكحول على (٩٥,٦٪) كحول وحوالي (٥٪) ماء، كما يحتوي الكحول المطلق Absolute alcohol على (٩٩,٩٪) كحول، ويستعمل الأول في الصناعة كمذيب عضوي هام، ويستعمل الآخر في الأدوية والمختبرات والأبحاث وصناعة العطور.

أنواع المشروبات الكحولية:

١- البيرة Beer وتتراوح نسبة الكحول فيها بين ٢- ٨٪.

٢- الأنبذه الخفيفة وتتراوح نسبة الكحول فيها بين ٥- ١٠٪ ومن أنواعها نبيذ العنب والشمبانيا Champaigne .

٣- الأنبذه القوية وتتراوح نسبة الكحول فيها بين ١٠- ٢٠٪ ومن أنوعها الشيري Sherry والبورت Bort والفيرموث Vermouth .

٤- الخمور المركزة وهي نتاج تقطير الحبوب أو قصب السكر أو الفاكهة وتتراوح نسبة الكحول فيها بين ٤٠- ٦٠٪ ومن أنوعها البراندي Brandy والوسكي Whisky والروم Rum والجن Gin والفودكا Vodka.

طرق قياس تأثير الكحول:

يمكن ملاحظه تعاطي الكحول عن طريق شم رائحة الكحول في الفم، وملاحظة التأثيرات التي تتركها على سلوك الإنسان، إلا أن هذه التأثيرات تختلف من حيث شدتها، بتركز الكحول في الدم، ودرجة التحمل للكحول بين مختلف الأشخاص.

ويمكن قياس تأثير الكحول من خلال:

١- قياس نسبة الكحول في الدم، وذلك بإجراء التحليل في المختبرات الطبية بواسطة أجهزة متطورة لحساب كمية الكحول في الدم.

٢- قياس نسبة الكحول عن طريق التنفس بواسطة جهاز Breathlyser.

٣- في حالة الاعتماد الكحولي يمكن قياس التأثيرات التي تتركها الكحول بالطرق التالية:

أ- الفحص السريري، ويشمل فحص أعضاء الجسم خاصة الجهاز العصبي والكبد.

ب- الفحص الطبي النفسي في المراكز المتخصصة.

ج- البحث الاجتماعي، عن طريق أجراء دراسة الحالة المرضية من قبل الأخصائيين الاجتماعيين.

مراحل الإدمان:

وضع جلينيك أربع مراحل للإدمان الكحولي هي:

١- مرحلة ما قبل الإدمان The prealcohlic phase وتتصف هذه المرحلة بشرب الكحول في المناسبات، ولخفض التوتر والقلق الناجمين عن مصاعب الحياة اليومية، والأزمات التي قد تمر بالفرد في حياته، ويؤدي استمرار التعاطي لهذه الأسباب إلى زيادة تقبل الجسم للكحول مما يؤدي إلى زيادة الكمية المتعاطاه وكذلك تقليص المدة التي تفصل بين فترات الشراب.

٢- مرحلة الإنذار بالإدمان The sprdromal phase وتتميز هذه المرحلة بالأعراض التالية:

أ- نوبات من النسيان التام، لما حدث أثناء الشرب في صباح اليوم التالي.

ب- شرب الخمر بإنفراد.

ج- شرب الكحول بالطريقة التي يشرب بها الماء " تجرع الكحول".

د- استحواذ الكحول على تفكير ذلك الشخص.

هـ- الشعور بالذنب.

٣- مرحلة الإدمان على الكحول أو المرحلة الحرجة The Crucial phase وهي المرحلة التي يكون الاعتماد البدني على الكحول واضحاً، بحيث لا يستطيع الفرد التوقف عن الشرب أكثر من ٢٤ساعة، مع

فقدان السيطرة على التحكم في الكمية التي يشربها، وصعوبة في التوافق الاجتماعي، مع تدهور في علاقاته مع أسرته وأصدقائه وزملائه في العمل.

٤- مرحلة الإدمان المزمن The Chronic phase وهي المرحلة التي يمر بها المدمن قبل الوفاة، حيث يتعرض المدمن إلى مضاعفات عديدة منها:

أ- مضاعفات بدنية مثل التهاب المعدة، وتليف الكبد، وضعف عضلات القلب، وقرحة الأمعاء وغيرها.

ب- مضاعفات نفسية، حيث يظهر عليه بعض الأمراض النفسية مثل:

- الهذيان الإرتعاشي Delirum Tremens
- الهلاوس الكحوليه Alcoholic Hallucinosis
- ذهان كورساكوف Korsakoff psychosis

أضاف إلى تدهور تام في الشخصية، والقيام بالسلوك غير الاجتماعي، (عبد الحميد، ١٩٩٢م).

آثار تعاطي الكحوليات:

١- الآثار المباشرة لتعاطي الكحوليات:

تعمل الكحوليات في الجسم من خلال عملية فسيولوجية كيميائية يتحول فيها الكحول إلى حامض الخليك، ويقوم بهذا التحول إنزيمان أساسيان الأول هو أنزيم مزيل الهيدروجين من الكحول Alcohol de hydrogenise وموضعه في الكبد، والأنزيم الثاني هو مزيل الهيدروجين من مادة الألديهايد Aldehyde de hydrogenise .

وبرغم أن الكحوليات تؤثر على جميع وظائف الجسم، فإن أصابه الكبد تأتي في مقدمة الأعتلالات الصحية، ذلك أن الكحوليات تعمل على تجمع الدهون في الكبد مما ينتج عنه تضخم الكبد، وهو الأمر الذي يعمل على وقف تدفق الدم في الكبد، وبالتالي موت الخلايا، مما يؤدي إلى نشوء التهاب الكبد، الذي يتطور لاحقاً ليسبب تلف الكبد، وهو من الأسباب الأساسية لتلف الكبد ويبلغ بين الرجال ٢٧٪ وبين النساء ٢٤٪ ، (الشيخ، ١٩٨٥م).

كما تؤثر الكحوليات على القلب تأثيراً مباشراً، خاصة في حالة التعاطي بكميات كبيرة، حيث يؤدي إلى ترسبات دهنية تعيق توظيف الطاقة في القلب، مما يؤدي إلى اختلال في وظيفة القلب، ومن أهم أعراضه صعوبة التنفس، وزيادة النبض، الأمر الذي يؤدي إلى تضخم القلب، إضافة إلى ارتفاع ضغط الدم، الذي يصيب المتعاطين للكحوليات أكبر بثلاث مرات مما يصيب الأشخاص الذين لا يتعاطونها مما يؤدي إلى تصلب الشرايين وحدوث الذبحات الصدرية.

ومن الأخطار المباشرة للكحوليات مرض السرطان، خاصة سرطان الكبد ، والمريء، والحنجرة.

كما يؤدي الكحول دوراً كبيراً في اضطرابات المعدة، فهو مهيج لغشاء المعدة، وهو الأمر الذي يؤدي إلى التهاب مزمن في المعدة يصاحب الإدمان الكحولي، كما تعمل الكحوليات بشكل فعال في أحداث التهاب البنكرياس، حيث يعمل الكحول على تقليل كمية إفرازات البنكرياس مما يسبب انسداد القنوات البنكرياسية، وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث التهاب البنكرياس بين المدمنين للكحوليات بنسبة ٥٠٪، (الشيخ، ١٩٨٥م).

كما يؤدي الإدمان الكحولي إلى نشوء اختلالات عصبية شديدة فالكحوليات تحدث التسمم حينما تصل إلى الدماغ بكميات مؤثرة في

كيمياء المخ، وتتمثل هذه الاختلالات فيما يعرف بـ (زملة فيرنيك – كورساكوف) Wernicke-Korsakoff syndrome . ويؤدي الأول إلى اضطراب شديد في الجهاز العصبي المركزي يتصف باضطراب بصري، ونقص في الاتساق العضلي، والتشوش، أما الثاني والمتمثل في زملة كورساكوف فيتصف باختلال مزمن في الوظائف المعرفية، واضطراب شديد في الذاكرة خاصة الأحداث الحديثة، واختلال في ادراكات الزمان والمكان، وقد وصف هذا المرض الطبيب الروسي سيرجي كورساكوف عام ١٨٨٧م. بالإضافة إلى الهذيان الأرتعاشي، والهلاوس الكحولية الحادة، وبارانويا الإدمان الكحولي، والهذاءات الخيالية.

ويذكر الصالح وإسماعيل (١٩٩٤م)، أن الكحول يعمل باعتباره أحد المهبطات للجهاز العصبي على كف المراكز الدماغية في أول الأمر، ومن ثم يؤدي هذا التأثير إلى نوع من التنبيه والتنشيط، وزيادة في الميول الاجتماعية وذلك عند مستوى ٠,٠٥٪ من الكحول في الدم، ويتأثر السلوك الحركي والكلام بدرجة ما عند مستوى ٠,١٪ من الكحول في الدم.

وعند مستوى ٠,٢٠٪ تتأثر المناطق الحركية في المخ بشكل عميق. ويتأثر الإدراك الحسي بشكل خطير عند مستوى ٠,٣٠٪ وتحدث الغيبوبة عند مستوى ٠,٤٠٪ وتتأثر المراكز التي تحكم عملية التنفس وعمل القلب عند مستوى ٠,٦٠٪ أو ٠,٧٠٪ الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى الوفاة.

٢- الآثار غير المباشرة لتعاطي الكحوليات:

تشير الدراسات إلى وجود علاقة قوية بين تعاطي المسكرات وارتكاب الجريمة، حيث يذكر (الحارثي، ١٩٩٩م) أن الدراسات التي أجريت في أحد السجون بالدنمارك أكدت أن نسبة ٧٣٪ من المسجونين قد ارتكبوا جرائمهم تحت تأثير الخمور، وأن في انجلترا فرداً واحداً من بين عشرة من المودعين في السجن ارتكب الجريمة تحت تأثير الخمور.

ويـذكـر الرشـيدي وآخـرون (٢٠٠١م) أن الدراسـات الميدانيـة أكـدت وجـود علاقـة وثيقـة بـين الكحوليـات والعـدوان، حيـث خلـص البـاحثون إلى نتيجة تقرر أن الجرعات العالية والمتوسطة تستدعي العدوان لدى ما يقارب ٣٠٪ من المتعاطين.

كمـا كـشفت الدراسـات أن ٣٠٪ مـن كـل محـاولات الانتحـار كـان أصحابها من المدمنين الكحوليين، وتصل هذه النسبة إلى ٤٠٪ عند النساء المدمنات للكحوليات.

وهذه الدراسات تؤكد أن العدوان الموجة ضد الآخرين، أو ضد الذات " الانتحار " يبرز حقيقة واضحة هي حالة العنف الشديد المصحوب باندفاعية وفقدان للسيطرة على الضبط الذاتي يعبر عنها الباحثون بـ (الموت العنيف Violent death) عند المدمنين الكحوليين أو ضحاياهم.

وتـشير إحـصاءات حـوادث الـسيارات في الغـرب وبخاصـة علـى الطـرق الـسريعة إلى أن نـسبة عاليـة تقـدر بـأكثر مـن النـصف تـرتبط بتعـاطي الكحوليات عند قائدي تلك المركبات، (سويف ، ٢٠٠٠م).

كمـا أن لتعـاطي الكحـول آثـار سـلبية مباشـرة علـى الأسـرة، حيـث يؤدي إلى تصدع العلاقة الزوجية، وفقدان أحد العناصر الإنتاجية للأسرة ومن ثم تردي أوضاعها الاقتصادية، أضافه إلى الإساءة إلى تلك الأسرة من خلال نظره المجتمع إليها ،كما قد ينتج عن الإدمان الكحولي سوء معاملة للأبناء، مما ينعكس على نمو شخصياتهم، (الشيخ ، ١٩٨٥م).

كمـا أن لتعـاطي المـسكرات آثـار وخيمـة علـى المجتمـع، حيـث تـبرز المـشكلات الـتي تنخـر جـسم المجتمـع وتعمـل علـى هـدم كيانـه في شـكل أمراض جسمية أو عقلية أو نفسية أو انحرافات سلوكية، أضافه إلى الأعباء

المالية التي يتكبدها المجتمع في علاج المدمنين ، إضافة إلى الأعباء الاقتصادية المتمثلة في زيادة البطالة، وضعف القدرة الإنتاجية.

رابعاً : الحشيـش Hasissh

نبذه تاريخية:

هو أكثر أنواع المخدرات شهره، وكلمة حشيش في اللغة العربية تعني العشب، وقد أطلقت على المادة المخدرة في نبات القنب الهندي Cannabis Indica أو Cannabis Sativ وكلمـة Cannabis مـشتقة مـن الكلمـة اليونانيـة Konabos، وتعني الضوضاء نسبه إلى الضوضاء التي يصدرها المتعاطين.

والقنـب الهنـدي هـو المـصدر الأصـلي الـذي تؤخـذ منـه الماريجوانـا Mariguana والحشيش، وهو نبات يمكن أن يزرع في أي مناخ في العام.

وقـد عـرف الإنـسان نبـات القنـب منـذ فجـر التـاريخ وتـذكر المـصادر التاريخية أن أول أشارة وردت عن الحشيش كان في أحد الكتب التي ألفَّها الأمبراطور الصيني شنج يانج Sheng yeng عام ٧٣٧ قبـل الميـلاد ، وقـد عرفـة الـصينيون أولاً وفرقـوا بـين ذكـره وأنثـاه، إلا أنهـم لم يعرفـوا خواصـه التخديرية إلا في سنه ٢٢٠ميلادية، حيث ذكره الطبيب " هوانو " تحت اسم " مـايو " وذكـر بانـه يـستخدم كمخـدر في العمليـات الجراحيـة، وقبـل ذلـك كانت تستعمل أليافه في نسيج الأقمشة، (المغربي ، ١٩٨٤م).

ويذكر عيد (الأمن والحياة، ١٩٩٨م) أن تاريخ تعـاطي الحشيش يعـود إلى أربعة آلاف أو خمسة آلاف سـنه قبـل الميلاد، وإن كـان بعـض الكتابـات تـشير إلى اسـتخدامه للعـلاج في الأقربـا ذينيـه " الـصين " في القـرن الخـامس عشر قبـل الميلاد، ثـم أنتقـل بعـد ذلـك إلى الهنـد، وأن أول أشـارة إلى كلمـة " بهانج " وهي أحد أسماء الحشيش وجدت في مؤلف يعود تاريخه للفترة مـا بـين ٢٠٠٠ إلى ١٤٠٠ سنه قبل الميلاد، وقد لقبه الهندوس " مخفـف الأحـزان " أو " جنة الرجل الفقير "، وبعد ذلك أرتبط الحـشيش بالثقافـة الهندوكيـة ارتباطـاً وثيقـاً خاصـة التقاليـد الدينيـة، حيـث اسـتخدمه الرهبـان للتغلـب علـى الجـوع

والعطش، لذا يلعب البهانج أو الحشيش دوراً مهماً في الطقوس الدينية، ثم أنتشر بعد ذلك من الهند إلى أجزاء أخرى من آسيا ثم إلى أفريقيا وأمريكا الجنوبية.

ويشير المغربي (١٩٨٤م) أن أول من وصف نبات القنب وشرحه بالرسم هو " ديوسكوريدس Dioscorides " اليوناني في القرن الأول للميلاد، حيث ذكر أن أليافه تستعمل في عمل الحبال وأنه دواء مسكن للآلام، وأن الإدمان عليه يسبب العقم. كما ورد ذكر الحشيش في كتابات فارسية غائرة في القدم باسم مانح السعادة أو مثير الضحك وكان ابن بيطار أول طبيب عربي يصف التخدير الذي يسببه القنب الهندي وذلك في القرن الثالث عشر الميلادي، وذكر أنه يزرع في بساتين مصر ويعرف فيها بالحشيش وكان الفقراء بصفه خاصة هم أكثر الفئات تعاطياً له.

وتذكر عفاف عبد المنعم (١٩٩٨م) أن المقريزي ذكر في مخطوطاته أن الشيخ جعفر الشيرازي قد اكتشف الحشيش وذكر بأنه العقار الرباني الذي يبدد الهموم وأوصى أتباعه به.

وقد وصل القنب إلى أسبانيا، أثناء الحكم الأموي لها، إلا أنه عرف بشكل أكبر في القرن السادس عشر وهو مرحلة الاستكشافات، وقد دخل الحشيش إلى أوربا بشكل واضح من خلال جنود نابليون بعد عودتهم من مصر عام ١٧٩٨م ، (مبارك ، ١٤١١هـ).

ويذكر موسى (بدون تاريخ) بأن الدكتور مورو دي تور حمل "الدوامسك " وهو طيب يصنع في الجزائر من القنب ويضاف إليه السكر والقرفة والمسك والفستق والجوز والقرنفل عام ١٨٤٤م إلى باريس، حيث ذاع صيت [نادي الحشاشين] في سان جرمان، وأثر الحشيش في كتابات الكثير من الأدباء أعضاء النادي أمثال " جوتيه، وبودلير، وهوجو " حيث كانت تعقد جلساتهم في نادي بيمودان في الحي اللاتيني. وقد حمل الأوربيين

القنب معهم إلى أمريكا الجنوبية في سنه ١٥٤٥م خاصة تشيلي، أما البرازيل فقد دخلها عن طريق العبيد الأفارقة، وفي عام ١٦٠٦م شجعت فرنسا وبريطانيا زراعة القنب في مستعمراتها لصناعة الأشرعة، وفي عام ١٦٣٠م أصبح من المحاصيل الرئيسة. كما قام الهولنديون بإدخال الحشيش إلى جنوب أفريقيا في القرن السابع عشر، حيث كانوا يزرعونه ليبيعوه على الأهالي، وبعد اكتشاف البخار عام ١٧٧٠م، أصبحت الحاجة إلى الحبال والأشرعة قليلة، وهو الأمر الذي أثر على زراعة القنب في أمريكا الشمالية. وأبان الحرب العالمية الثانية وبعد انقطاع القطن، عادت الولايات المتحدة لإنتاج القنب بصورة مؤقتة، وبعد الحرب ألغيت الزراعة المشروعة للقنب.

المكونات الكيميائية لنبات القنب:

يأتي الحشيش من نبات القنب الهندي بعد غلي النبات في الماء لإنتاج مادة راتنجيه ذاتية في الماء، وبتبريد هذا المحلول يصبح مادة شبه صلبه، تقّطع ويمكن مضغها أو مزجها بالطعام أو تدخينها، ويتم استخلاص زيت الحشيش من نبات القنب عن طريق المذيبات العضوية كالكحول أو أثير البترول.

وقد كان لتقدم العلوم الكيميائية الفضل في ظهور طرق دقيقة لفصل المركبات العضوية وتحليلها، وقد بدأت هذه المحاولات عام ١٨٥٧م حيث تمكن الأخوان سميث Smith في أدنبره من معرفة أن المادة الفّعالة في راتنج الحشيش توجد في الجزء غير الذائب من غلي الراتنج في محلول قلوي.

وفي عام ١٨٩٧م قام وود Wood وآخرون بتقطير المادة الراتنجية وفصل مادة أطلقوا عليها كنابينول Cannabinol ، وقد قام آدمز Adams لأحقاً بإثبات التركيب الكيميائي للكنابينول، وفصل مادة الكنابيديول CBD من الماريجوانا. ثم تطورت الأبحاث في العقود الأخيرة، واستقرت على أن المكونات الكيميائية لنبات القنب تحتوي على (٤٢١) مادة كيميائية أهمها

مجموعة فريدة يطلق عليها القنبيات Cannbinoids تتحدد من بينها خمس مواد أو عناصر هي الأكثر أهمية، وهي:

١- الكنابينول CNB Cannabinol

٢- الكنابيدول CBD Cannabidiol

٣- دلتا ٩- تترا هيدروكنابينول "THC"delta-9-Transtetahydro Cannabinol

٤- دلتا - ٨- تترا هيدروكنابينول delta -8- THC

٥- دلتا ٩- تترا هيدروكنابيبفارول △9- THCV

إضافة إلى العديد من المركبات الأخرى.

وتعتبر مادة التتراهيدروكنابينول delta-9 THC العنصر الأساسي الأولي الذي يعمل على أحداث التأثيرات النفسية للقنب، أما المواد الأخرى فهي ذات تأثير بيولوجي قليل، حيث تظهر هذه المادة في راتنج الحشيش بنسبة عالية مقارنة بالمركبات الأخرى.

حيث تعمل هذه المادة في إحداث التأثيرات الأساسية للقنب ومشتقاته بعد امتصاصها من الجسم، حيث وجد أن أقل من ١٪ من تلك المادة لم تتغير في البول والبراز عند المتعاطيين، وأنه حينما تنساب تلك المادة في مجرى الدم، فأنها تتغير بسرعة في الكبد وتتحول إلى مركب يعرف باسم H-hydroxy-THC وهو مركب ذو تأثير نفسي، ويتم امتصاص THC من الدم إلى الأنسجة حيث تظل مخزونة في البروتينات وفي شحوم الجسم لمدة طويلة، كما تتخزن في الغدد الكظرية والكبد والرئتين، إضافة إلى المخ الذي تتركز فيه لمدة سبعة أيام بعد التعاطي.

ويشير (موسى، بدون تاريخ) أن الحشيش عقار فائق التعقيد حيث يوجد فيه ٤٢١ مادة كيميائية تنتمي إلى ١٨ فصيلة من الفصائل الكيميائية منها:

- خمسون مادة من الهيدروكربون الشمعية التي تساعد على تكوين القار أو الزفت، الذي يترسب في رئة المتعاطي بعد التدخين.
- مائة وثلاثة من المواد التي تسمى كيميائياً باسم الترسبات، وهي مواد شديدة الإثارة للرئتين.
- أثنى عشر مادة من الأحماض الأمينية.
- أحد عشر مركباً من مواد الستيرويدات.
- عشرين مركباً من النتروجينيات.

مستحضرات نبات القنب:

القنب نبات بري شجيري، منفصل الجنس أي يوجد نبات مذكر ونبات مؤنث، قائم القوام مثل قصب السكر ذو ساق جافة جوفاء يتراوح ارتفاعها بين ٩٠سم إلى ٤٨٠سم وتكسو النبات شعيرات خفيفة ذات ملمس لزج، ويموت النبات المذكر منه بعد أنتاج حبوب اللقاح، وهو أكثر طولاً من النبات المؤنث، ويتم التمييز بين الجنسين بواسطة الزهرة، ويتم تلقيح بويضات الأنثى بواسطة حبوب اللقاح التي تحملها الرياح، والنبات المؤنث أقصر ارتفاعاً من المذكر، وهو أكثر أنتاجاً للمادة الفعالة التي تعزى إليها معظم التأثيرات الناجمة عن تعاطي الحشيش والماريجوانا.

وأوراق النبات مشرشرة الحافة وعادة تكون سبع وريقات متمركزة حول نقطة مركزية على الساق، وهي خضراء داكنة اللون ملساء الملمس من قاعدة الورقة إلى قمتها، وعند عكس الاتجاه تكون خشنة الملمس، وهي مغطاة بالمادة الصمغية، أما الساق فهي مجوفة خشنة الملمس، وتظهر

الزهـرة في أعلـى النبـات ونهايـات الأغـصان والفـروع، ورائحـة القنـب رائحـة عطرية مقبولة، وهو ينمو في معظم الظروف المناخية في العالم، إلا أنه يحتـاج إلى طقس معتدل دافئ جاف نسبياً وتربة جيرية.

ويعتمد إنتاج المادة الصمغية على عوامل كثيرة منها: الظـروف المناخيـة وزمن الحصاد، وطرق الزراعة.

وموطنـة الأصلي جنـوب الـصين إلا أن زراعتـه تنتـشر في منطقـة وسـط آسـيا بـشكل كـبير خاصـة باكـستان وأفغانـستان ولبنـان وإيـران، وشمـال أفريقيـا والمغـرب، وأمريكـا الجنوبيـة، وشـرق آسـيا ومـن أهـم مستحـضرات القنب.

١- الحشيش Hashish

تؤخـذ المـادة الـصمغية مـن سـطوح الأوراق والأغـصان الناميـة مـن أنثـى النبـات، ويطلـق علـى هـذه المـادة الـصمغية " النخـب الأول " وهـي تحتـوي علـى المركـب الفعّـال (دلتـا- ٩) وهـو أقـوى المستحـضرات، وتـستخدم المـادة الصمغية دون خلطها بـالأوراق أو الـساق أو أي جـزء مـن أجـزاء النبـات، حيـث تجفف وتطحن وتقدم على شكل مسحوق.

ويـذكر ارنـاؤوط (١٩٩٢م) أن الحـشيش المـأخوذ مـن نبـات القنـب يستخلص من القمم المزهرة من أنثى النبات خلال موسـم الأزهـار، ثم يجفـف ويوضـع في مكـابس ويـضغط، فينـتج مـادة راتنجيـة لزجـة ثـم يخلـط بـبعض الحناء واللبان لزيـادة وزنـة فيـصبح لونـه بنيـاً مـائلاً للخـضرة، ويعـرف بأسمـاء متعددة حول العالم فالحشيش هو المادة الرتنجيـة المفـرزة المجففـة الـتي تـسيل من الأجزاء العليا من القمم المزهرة أو أوراق النبات.

٢- الماريجوانا Marijuana

وهـي المـادة الـصمغية لنبـات القنـب مخلوطـة بـبعض الأوراق والـساق والبـذور ويتـدرج لونهـا مـن الأخـضر إلى الـبني، ولهـا رائحـة الأوراق النباتيـة المحروقة، وتمثل أجزاء النبـات نـسبة ٩٧٪ إلى ٩٩٪والمـادة الفعالـة فيهـا تـتراوح ما بين ١ إلى ٣٪ ، (مبارك ، ١٤١١هـ).

٣- زيت الحشيش: Hashishoil

يـتم تحـضير زيـت الحـشيش باستخلاصـه مـن نبـات القنـب عـن طريـق المذيبات العضوية كالكحول، وهو أكثر مستحضرات القنب فعالية وقـوة، وشكله سائل غامق اللون.

ويـذكـر موسـى (بـدون تـاريخ) أن زيـت الحـشيش يحتـوي غالبـاً علـى فعالية ٢٠٪ أو ٣٠٪ مـن المـادة الفعّالـة في الحـشيش، وأنـه يمكـن إدراك قوتـه بوضع قطرة منه على سيجارة تبغ عادية وعندما يـدخنها المتعـاطي يقـع تمامـاً تحت خدر الحشيش.

٤- البانجو: Bongo

ويحضر من أوراق نبات القنب ويدخن بعد خلطة مع التبغ.

٥- البهانج والجانجا:

ويستخدم في الهنـد ويـتم تحـضيره بعـد أخـذ قمـم النبـات الـبري وغليهـا ونقعها في الماء أو اللبن، ومن ثم شربه أو تجفيفه وتدخينه.

طرق تعاطي الحشيش أو الماريجوانا:

تتعدد طرق تعاطي الحشيش أو الماريجوانا ، وفيما يلي عرض لأهم تلك الطرق:

١- تدخين الحشيش:

وذلك بخلطة مع التبغ أو مواد أخرى بعد تقطيعه إلى قطع صغيرة، ثم يدخن أما كسيجارة أو بغليون أو نرجيلة، وتختلف طريقة تعاطي الحشيش تدخيناً من بلد إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى، حيث يشيع تدخين الحشيش عن طريق النرجيلة أو " الجوزه " في البلاد الشرقية، خاصة في مصر بعد خلطة بالمعسل. وتأخذ جلسات تعاطي الحشيش طقوساً خاصة ابتدءً من تجهيز جلسة التعاطي، وحضور أكثر من شخص من المتعاطين، وتناوب تدخين الجوزه ونقلها بينهم، في جو يغلب عليه الصخب، ويعمل الماء الموجود في النرجيلة على ترطيب الدخان وتثقيله، أما تدخين الحشيش كسجائر فيشيع في الدول الغربية، وهو ذو مفعول قوى على الرئتين، حيث يصل إليها مباشرة، دون المرور بالماء كما في النرجيلة، ويقوم المتعاطي عادة بالاحتفاظ بالدخان داخل الرئتين لعدة ثوان لإعطاء الوقت الكافي لامتصاص المركب عن طريق الحويصلات الهوائية.

٢- التعاطي عن طريق الشراب:

ويتم تعاطي الحشيش وفقاً لهذه الطريقة بعد نقع أوراق الحشيش وقممه المزهرة في الماء، بعد تقطيعها إلى قطع صغيرة، ثم شرب ذلك المنقوع كاملاً، ويشيع استخدام هذه الطريقة في الهند، ويسمى البهانج والجانجا، كما ينقع الحشيش في الكحول، ثم يترك لبعض الوقت ثم يشرب كاملاً، ويشيع استخدام هذه الطريقة في تركيا وتسمى أسرار.

كما يقوم بعض المتعاطين بغلي الحشيش في الماء بعد إضافة السّكر إليه، ثم يشرب في كوب صغير، وهي من الطرق الشائعة في مصر وتسمى (الكنكه)، وعلى عكس الطريقة التي يتم فيها تعاطي الحشيش بالتدخين والتي تعطي مفعولاً سريعاً، فإن طريقة التعاطي بالشرب أكثر بطئاً في التخدير وبالتدريج، حيث يتم امتصاص الحشيش عن طريق المعدة والأمعاء.

٣- التعاطي عن طريق الأكل:

تتعدد طرق تعاطي الحشيش عن طريق الأكل وتختلف من مجتمع إلى أخر ومن ثقافة إلى أخرى، ومن أكثر الطرق شيوعاً هي وضع مسحوق الحشيش أو قطعة صغيرة منه في الفم ومن ثم استحلاب هذه المادة كما في القات، وبلعها مع اللعاب.

كما يمكن أن يؤخذ الحشيش مخلوطاً بالمواد السّكرية بعد تغليفها في قطع صغيرة، كما في قطع الشيكولاته، وفي منطقة البحر الأبيض المتوسط يشيع تعاطي الحشيش بعد خلطة بالمعجنات.

ويخلط الحشيش مع الطعام الفاخر، لدى الطبقات الموسرة لاعتقادهم أنها تساعدهم في الجماع وتزيد من رغبتهم الجنسية، وترفع مستوى حيويتهم.

مشكلة تعاطي الحشيش:

يشير بوكستين (Bukstein, 2000) إلى أن القنب هو أكثر المخدرات شيوعاً في الاستعمال وهو من بين المخدرات التي يجربها الأفراد للمرة الأولى وغالباً ما يكون ذلك في العشرينات من العمر.

ويأتي تدخين الماريجوانا كفاتحه لغيرها من المخدرات ويشيع استخدام الحشيش والماريجوانا بسبب الشعور المبهج الذي يشعر به المتعاطي أول الأمر.

ويذكر الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م) أن الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة ابتدءً من عام ١٩٩١م، أكدت أن حوالي ثلث السكان تعاطوا الماريجوانا لمرة واحدة أو أكثر في حياتهم، وأن ١٠٪ تعاطوها في السنة الأخيرة، وأن ٥٪ تعاطوها في الشهر الأخير، وأنه بعد تطبيق معايير الدليل التشخيصي الثالث DSM – III, 1987، وجد أن حوالي ٤٪ من الراشدين كان لديهم في فترة من حياتهم اعتماد على تعاطي القنب، ويكون معدل انتشاره أكثر شيوعاً عند الأفراد بين سني ١٨و٣٠ عاماً ويتفشى تدخين الماريجوانا في جميع شرائح المجتمع الأمريكي.

العوامل المؤثرة في تأثيرات تعاطي الحشيش:

١- كمية الجرعة:

يتناسب تأثير الحشيش تناسباً طردياً مع كمية الجرعة حيث يزداد التأثير قوة كلما زادت كمية الجرعة المتعاطاه.

٢- نقاء الحشيش:

يزداد تأثير الحشيش بزيادة نقاءه . وعادة يلجأ تجار المخدرات إلى خلطة باللبان والحناء وبعض المستحضرات العطرية، بقصد زيادة وزنة ومن ثم ارتفاع سعره، وهو الأمر الذي يعني قلة نقاء الحشيش، مما يؤدي إلى ضعف تأثيره.

٣- طريقة التعاطي:

ومنها التعاطي عن طريق التدخين بالنرجيلة أو الجوزة والتدخين كسيجارة أو بالغليون، والتعاطي عن طريق الفم سواءً بالاستحلاب كما هو الحال في تعاطي القات أو الشمة، أو بالأكل بعد خلطه بالمعجنات أو تغليفه بالسكريات، أو نقعه في الماء البارد أو الساخن وشربه. وقد سبق الحديث عن طرق تعاطي الحشيش.

ويعتبر التدخين ذو تأثير قوي المفعول، وهو أسرع الطرق تأثيراً حيث تبدأ التأثيرات النفسية والفسيولوجية بعد حوالي دقيقتين وتحدث ذروة التأثير في غضون ١٠- ٢٠ دقيقة، ويستمر التأثير لفترة تتراوح بين النصف ساعة والساعتين. أما التعاطي عن طريق الفم، فيكون ظهور تأثيره أبطأ حيث يبدأ المفعول ما بين ٣٠ إلى ٦٠ دقيقة، وتصل ذروة التأثير بعد حوالي ساعتين من الأكل، ويستمر التأثير ما بين ٣ و ٥ ساعات.

٤- العوامل الشخصية:

تؤدي العديد من العوامل دوراً كبيراً في مدى شدة أو ضعف تأثير الحشيش ولعل أهمها – الجنس والعمر، والخصائص النفسية، وسبب التعاطي وما إذا كان ذلك للترفيه أو للابتعاد عن المشاكل، والظروف المحيطة بالفرد سواءً أكانت حسنة أو سيئة، والحالة الصحية والبدنية.

٥- التوقعات الشخصية:

وهي الأمور التي يتوقع الشخص أن يحدثها الحشيش بعد تعاطيه، والأمور التي يرغب في ظهورها على شخصه.

٦- جماعة التعاطي:

يختلف تأثير الحشيش، باختلاف ظروف تعاطيه، فتعاطي الفرد للحشيش بمفرده وبمعزل عن الآخرين يختلف في تأثيره عنه عندما يكون في جماعة من رفاقه كما أن نوع الجماعة سواءً كانوا أصدقاء مقربين أو غرباء، يؤدي دوراً في نوع وحجم التأثير الذي يظهر على المتعاطي.

الحشيش والإدمان:

لعل من أهم الأسباب التي ساعدت على الانتشار الكبير لتعاطي القنب الهندي بأنواعه المتعددة { الحشيش _ الماريجوانا _ البانجو } هو ما

يشيع في أوساط المتعاطين من أن تعاطي الحشيش لا يمكن أن يؤدي إلى الإدمان أو التعلق بهذا العقار، وأنه من السهل أن يتوقف الفرد عن تعاطيه دون حدوث أية مشاكل.

ومع أن بعض الدراسات التي تم إجراءها لم تظهر بوضوح وجود علامات للاعتماد البدني على الحشيش، حيث لم تظهر أعراض انسحابية Withdrawal symptoms ، إلا أن دراسات أخرى أكدت وجود مؤشرات احتمالية الإدمان، فقد لوحظ بوضوح شديد حدوث ظاهرة التحمل Tolerance ، (الصالح وإسماعيل، ١٩٩٤م).

ويؤكد الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م). حدوث الاعتماد على تعاطي القنب Cannabis Dependence ، حيث يتميز هؤلاء الأفراد ذوي حالات الاعتماد على القنب بالاستخدام القسري له، وظهور حالات التحمل مع وجود بعض التقارير التي تؤكد ظهور الأعراض الانسحابية مثل المزاج المتهيج أو المزاج المعتل المصحوب بتغيرات فسيولوجية مثل الرعشة والتعرق والغثيان واضطراب النوم " إلا أنه لم تظهر بشكل ثابت حتى الآن دلالتها الإكلينيكية ".

ويلجأ الأفراد ذوي حالات الاعتماد على القنب إلى البحث الطويل في سبيل الحصول على هذا العقار، مما يؤثر على حياتهم الأسرية والمهنية والاقتصادية. ويشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠١م) إلى أن المحكات التشخيصية للتسمم الناتج عن تعاطي القنب Cannabis In Toxication تتمثل في:

١- تعاطي القنب حتى الفترة الأخيرة.

٢- حدوث تغيرات نفسية وسلوكية لا تكيفه مثل اختلال التآزر الحركي والنشوة الزائدة.

٣- ظهور علامتين أو أكثر في غضون ساعتين من تعاطي القنب، من العلامات التالية:

أ- احتقان ملتحمة العين.

ب- زيادة الشهية.

ج- جفاف الحلق.

د- سرعة نبضات القلب.

هـ- ألا تعزى هذه الأعراض إلى حالة طبية عامة.

الفصــــل الثـــالث

الدراســــــــــات الـــــــــــسابقة

الفصل الثالث
الدراسات السابقة

على الرغم من ازدياد البحوث والدراسات التي تناولت اضطراب الرهاب الاجتماعي إلا أن الباحث لم يقع بين يديه أية دراسة عربية تناولت اضطراب الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان الكحول أو الحشيش ، أو حاولت الربط بين هذا الاضطراب والخصائص الشخصية للمصاب به ، ويمكن تصنيف الدراسات السابقة ذات الصلة بهذا الموضوع والتي استطاع الباحث الوصول إليها إلى ما يلي :

١- دراسات تناولت الرهاب الاجتماعي من حيث انتشاره وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والشخصية .
٢- دراسات تناولت الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالاضطرابات النفسية بما فيها تعاطي المسكرات والحشيش .

وفيما يلي عرض تفصيلي لتلك الدراسات :

أولاً : دراسات تناولت الرهاب الاجتماعي من حيث انتشاره وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والشخصية:

١- دراسة شلبي (Chaleby, 1987) وعنوانها (الخواف الاجتماعي بين السعوديين) ، وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على انتشار الخواف الاجتماعي في المملكة العربية السعودية ، واشتملت عينة الدراسة على (٣٠٥) شخصاً منهم (٣٥) مريضاً بالخواف الاجتماعي (٢٨ من الذكور ، و٧ من الإناث) مع (٢٧٠) مريضاً تم اختيارهم عشوائياً من مراجعي العيادات الذين يعانون من أمراض نفسية أخرى ، حيث تم توزيعهم حسب الجنس (١٢٠ من الذكور ، و١٥٠ من الإناث).

وقد قام الباحث باستخدام معايير الخواف الاجتماعي الواردة في الدليل التشخيصي الثالث للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM-III-R, 1987) .

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- الخواف الاجماعي من الاضطرابات العصابية الشائعة بين السعوديين بنسبة (١٣٪) وهي نسبة من يلجأن للعلاج ، ويرى الباحث أن نسبة من لا يلجأون للعلاج كبيرة .
- أن الأشخاص المعرضين للخواف الاجتماعي هم من الشباب الذكور غير المتزوجين وذوي المستويات العلمية والمهنية الأعلى .

٢- دراسة الخاني وعرفه (Al Khani & Arafa, 1990) وعنوانها " الرهاب الاجتماعي لدى المرضى السعوديين " وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفروق في انتشار الرهاب الاجتماعي بين الفئات العمرية وبين الجنسين، ولدى المتزوجين ، وفي المستويات التعليمية والوظيفية بين المرضى السعوديين، وشملت عينة الدراسة (٨٩) مريضاً بالرهاب الاجتماعي من المرضى الذين راجعوا عيادة نفسية خاصة في مدينة الرياض خلال عام واحد. وقد توزعت العينة على (٧١) مريضاً بالرهاب الاجتماعي و(١٦) مريضاً بالمخاوف البسيطة، ومريضين برهاب الساحة ، وتمت مقارنة مرضى الرهاب الاجتماعي مع مرضى الاضطرابين الآخرين. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- ينتشر الرهاب الاجتماعي بين أفراد العينة بشكل كبير حيث يمثل (٧٩,٨٪) من اضطرابات المخاوف المرضية ، و(٢٠,٣٪) من الاضطرابات العصابية ، و(٩,٣٪) من الاضطرابات النفسية التي شخصت بين المرضى السعوديين خلال العام الذي أجريت فيه الدراسة .

- تتراوح أعمار المصابين بالرهاب الاجتماعي من أفراد العينة بين (٢٠ – ٣٠ عاماً) .
- يشكل الذكور الغالبية العظمى من المصابين بالرهاب الاجتماعي بين أفراد العينة بنسبة (٩٧,٣٪) .
- أغلب المصابين بالرهاب الاجتماعي بين أفراد العينة هم من المتزوجين بنسبة (٥٦,٣٪) ومن مستويات تعليمية ومهنية أعلى .

٣- دراسة القرني (١٤١٣هـ) وعنوانها (الخواف الاجتماعي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية كما يراها الأبناء).

وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة الخواف الاجتماعي ببعض أساليب المعاملة الوالديه كما يدركها الأبناء ، وقد اشتملت عينة الدراسة على (٣٨٠) مفحوص من طلاب المرحلة المتوسطة والثانوية بمدينة الرياض ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (١٣ – ٢٠) عاماً بمتوسط (١٦,٧٤) ، وقد استخدم الباحث مقياس الخواف الاجتماعي من إعداد الباحث ومقياس أساليب المعاملة الوالديه كما يدركها الأبناء من إعداد الباحث أيضاً ، وقد تحقق لأدوات الدراسة خصائص سيكومترية جيدة من صدق وثبات .

وقد توصلت الدراسة إلى وجو علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخواف الاجتماعي والقسوة ، وهو ما يؤيد الفرض الأول للدراسة من أنه كلما زاد استخدام أسلوب القسوة من قبل الوالدين زاد اضطراب الخواف الاجتماعي.

كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخواف الاجتماعي والإهمال .

٤- دراسة بسيوني (١٤٢٣هـ) ، وعنوانها " مرض الرهاب الاجتماعي في المنطقة الجنوبية من المملكة " وهدفت الدراسة إلى التعرف على انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي بين المواطنين في المنطقة الجنوبية من المملكة العربية السعودية ، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (٢١٢) من مرضى المخاوف المرضية المترددين على عيادة الأمراض النفسية والعصبية بالمستشفى

الأهلي بخميس ميشيط ، وقد استخدم الباحث معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (DSM- IV, 1994, 2000) .

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- تراوحت أعمار المرضى بين (١٤ – ٥٦) عاماً بمتوسط قدره (٢٩,٥) عاماً ، ومتوسط بداية الاضطراب هو (١٧) عاماً .
- يمثل المرضى الذكور (٩٠٪) من المراجعين للعيادات النفسية بقصد العلاج من اضطراب المخاوف المرضية ، منهم (٣٢٪) جنود ، و(٢٣٪) مدرسين ، و(١٠٪) طلبة ، وهي مهن يلاحظ أنها تتطلب أداءً وتحدثاً أمام الآخرين .
- وجدت الدراسة أن (٧٥٪) من المرضى يعانون من رهاب اجتماعي عام.
- وجدت الدراسة أن الأعراض التي تنتاب المرضى بالرهاب الاجتماعي في مواقف الأداء الاجتماعي كالتالي :
  - الخوف والخجل بنسبة (١٠٠٪) .
  - زيادة ضربات القلب بنسبة (٩٦٪) .
  - عدم التركيز بنسبة (٨٢٪) .
  - برودة الأطراف بنسبة (٨٥٪) .
  - احمرار الوجه بنسبة (٧٩٪) .
  - الإحساس بالنقص بنسبة (٧٤٪) .
  - العصبية بنسبة (٥٨٪) .
- وجدت الدراسة أن (٦٠٪) من مرضى الرهاب الاجتماعي هم من المتزوجين .
- وجدت الدراسة أن (٧٠٪) من المصابين بالرهاب الاجتماعي تحسنت حالتهم بعد متابعتهم علاجياً لمدة عام كامل .

وباستعراض الدراسات السابقة نجد أن دراسات شلبي ، والخاني وعرفه، وبسيوني ، هي دراسات تم إعدادها من قبل أطباء متخصصين في العلاج النفسي ، وأجريت هذه الدراسات في المصحات التي يعملون بها ، وقد استخدام شلبي، والخاني وعرفه معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث الصادر عن الرابطة الأمريكية للطلب النفسي (DSM-III-R-1987) ، وقد هدفت الدراسات الثلاث إلى التعرف على انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي بين السعوديين المترددين على العيادات النفسية مقارنة بالاضطرابات الأخرى ، ومعرفة مدى انتشار هذا الاضطراب بين الفئات العمرية ، والمهنية ، والتعليمية المختلفة ، وبين المتزوجين وغير المتزوجين.

أما دراسة القرني فقد هدفت إلى معرفة علاقة أساليب المعاملة الوالديه بظهور اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى الأبناء ، وقد استخدم فيها مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس أساليب المعاملة الوالديه كما يدركها الأبناء من تقنين الباحث ، وقام بتطبيقه على (٣٠٨) طالباً من طلاب المرحلة المتوسطة والثانوية بمدينة الرياض .

وقد خلصت الدراسات السابقة إلى أن الرهاب الاجتماعي العام من الاضطرابات الشائعة بين السعوديين ، حيث يمثل حوالي (١٥٪) من الاضطرابات العصابية التي تراجع العيادات النفسية ، وأن متوسط سن بداية الإصابة بهذا الاضطراب هو (١٧) عاماً ، وأن غالبية المترددين على العيادات لطلب المشورة والعلاج هم من ذوي الوظائف التي تتطلب أداءً أمام الآخرين ، وغالبيتهم من المتزوجين وذوي المستويات العلمية والمهنية الأعلى .

كما أن لقسوة الوالدين وإهمالهم علاقة ذات دلالة إحصائية باضطراب الرهاب الاجتماعي وتختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة من حيث :

١- أجريت هذه الدراسة على مدمني الكحول والحشيش نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض من غير المصنفين بأنهم يعانون من اضطرابات نفسية أخرى ، بينما تم إجراء ثلاث من الدراسات

السابقة على مراجعي العيادات النفسية الخاصة الذين يعانون من اضطرابات المخاوف المرضية ، والرابعة على طلاب المرحلة المتوسطة والثانوية.

٢- هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الكحول ومدمني الحشيش ، وعلاقته بالمتغيرات الشخصية للمبحوثين ، ودور الرهاب الاجتماعي في الدفع نحو تعاطي المسكرات والحشيش .

٣- استخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي المسكرات والحشيش من إعداده .

ثانياً : دراسات تناولت الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالاضطرابات النفسية بما فيها تعاطي المسكرات والحشيش :

١- دراسة (Van am eringen, et al, 1991) بعنوان Relotion ship of social phobia with other psychiatricillness

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والاضطرابات الأخرى ، حيث قام الباحثون بدراسة ٥٧ مصاباً باضطراب الرهاب الاجتماعي للتعرف على الاضطرابات الأخرى الملازمة له ، وقد أعطت الدراسة النتائج التالية:

أ- أن اضطراب الاكتئاب يعد الاضطراب الرئيس الأكثر شيوعاً بين أفراد العينة بنسبة حوالي ٧٠٪.

ب- أن ما نسبته ٢٨٪ من أفراد العينة المصابة بالرهاب الاجتماعي يتعاطون الكحول للتغلب على مظاهر القلق.

ج- أن نسبة ١٥٪ من أفراد العينة يتعاطون المخدرات المتنوعة للتغلب على مظاهر القلق.

٢- **دراسة (Merilcangas & Angst, 1995) :**

بعنوان Comorbidity and social phobia : evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies

حيث قامت هذه الدراسة بمراجعة شاملة للعديد من الدراسات الإكلينيكية والوبائية والدراسات العائلية، للتعرف على الاضطرابات النفسية الأخرى المصاحبة للرهاب الاجتماعي، وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ- أن ٥٠٪ من الدراسات أشارت إلى أن الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يعانون بشدة من أنواع أخرى من أمراض القلق.

ب- أن ٢٠٪ من الدراسات الإكلينيكية الوبائية التي تمت مراجعتها أشارت إلى أن الذين يعانون من رهاب اجتماعي يعانون من اضطراب اكتئابي شديد.

ج- أن بداية ظهور الرهاب الاجتماعي تعجل من ظهور الاضطرابات الأخرى المصاحبة له.

د- أنه توجد علاقة واضحة جوهرية بين اضطراب الرهاب الاجتماعي والتبعية للكحول.

٣- **دراسة (Thomas, et al, 1999):**

بعنوان Alcoholics with and without social phobia

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على :

أ- التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين عينتين من شاربي الكحول إحداها تعاني من اضطراب الرهاب الاجتماعي والأخرى لا تعاني من ذلك الاضطراب .

ب- مقارنة العينتين من حيث المتغيرات الشخصية المتمثلة في العمر والنوع . وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٩٧) فرداً من شاربي الكحول ممن يعانون من الرهاب الاجتماعي ، و (٣٩٧) فرداً من شاربي الكحول الذين لا يعانون من الرهاب الاجتماعي . وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن متعاطي الكحول الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم درجات أعلى من التبعية للكحول مقارنة بالعينة الأخرى.
- أن العينة الذين يتعاطون الكحول ويعانون من الرهاب الاجتماعي قد سجلوا نسبة عالية جداً في التأكيد على أنهم يشربون الكحول من أجل التغلب على المواقف الاجتماعية والوظيفية، مقارنة بالمجموعة الأخرى.
- أن أفراد العينة الذين يتعاطون الكحول ويعانون من الرهاب الاجتماعي يعانون درجة أعلى من أعراض الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الأخرى.
- كما خلصت الدراسة إلى أن مشكلة اضطرابات الرهاب الاجتماعي مع التبعية للكحول من أكثر المشاكل حدة ويجب أن تمثل مساحة هامة للبحث العلمي المستقبلي.

٤- دراسة (Chartie, et al, 2001):

بعنوان Comorbidity of phobic disorders with olcoholism in acandian communlty sample

وهدفت هذه الدراسة إلى اختبار العلاقة بين اضطراب الرهاب الاجتماعي وتعاطي الكحول في عينة من المجتمع الكندي، وقد تم جمع البيانات عن طريق ملحق الصحة الذهنية ontariw ونقحت من قبل جامعة متشيجان، واستخدم الباحثون في تشخيص اضطراب الرهاب الاجتماعي ، المحكات الشخصية للرابطة الأمريكية للطب النفسي DSM – III – R, 1987

ومحكات منظمة الصحة العالمية WHO-ICD-10 . وتكونت عينة الدراسة من (٨١١٦) كندي تراوحت أعمارهم بين (١٥ و٦٤) سنة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ- أن الأفراد الذين يعانون من التبعية للكحول لديهم من اثنين إلى ثلاثة أضعاف نسب متزايدة من الرهاب الاجتماعي.

ب- أن الرهاب البسيط والرهاب الاجتماعي والمخاوف المتعددة بين أفراد العينة ترتبط بتعاطي الكحول بنسبة ١٠٪.

ج- أن الأمراض الرهابية خاصة الرهاب الاجتماعي، عامل خطر للانحراف نحو التبعية الكحولية.

٥- دراسة (Schade, et al, 2004):

بعنوان Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders

هدفت هذه الدراسة المقارنة بين ثلاث فئات من العملاء المترددين على عيادات العلاج النفسي وعيادات علاج الإدمان الكحولي. وقد تمثلت الأهداف الرئيسة للدراسة الحالية فيما يلي:

أ- ما هي الخصائص الإكلينيكية للعملاء الذين يعانون من ازدواجية الرهاب الاجتماعي وإدمان الكحول؟

ب- هل الخصائص الإكلينيكية لتصاحب الاضطرابيين تختلف عن خصائص اضطراب الرهاب الاجتماعي؟

وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٦٤) فرداً موزعين على النحو التالي:

أ- عدد "١٤٨" من المدمنين على الكحول فقط.

ب- عدد "١٠٦" يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي فقط.

ج- عدد "١١٠" عميل يعانون من ازدواجية الإدمان الكحولي واضطراب الرهاب الاجتماعي.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ- أن المرضى الذين يعانون من ازدواجية الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات لديهم درجات أعلى من الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى بنسبة ٢٥٪.

ب- أن الأفراد الذين يعانون من ازدواجية الرهاب الاجتماعي والتبعية للكحول لا يوجد لديهم شريك في حياتهم غالباً وذلك بنسبة أعلى من الفئتين الأخريين.

ج- أن الأفراد الذين يعانون من الازدواجية للرهاب الاجتماعي والتبعية للكحول، يعانون من البطالة بنسبة أكبر من الفئتين الأخريين.

د- أن الأفراد الذين يعانون من الازدواجية للرهاب الاجتماعي والتبعية للكحول لديهم تزامن عالي من استخدام المخدرات كالكوكائين والحشيش.

هـ- أن الأفراد الذين يعانون من الازدواجية للرهاب الاجتماعي والتبعية للكحول يعانون من مشاكل حركية وبدنية وجنسية بشكل أكبر من الفئتين الأخريين.

وقد أوصت الدراسة بأن هؤلاء المترددين الذين يعانون من الازدواجية المركبة الباحثين عن العلاج في عيادات الأمراض النفسية وعيادات الكحول يجب أن يولوا رعاية وعناية خاصة أكبر من غيرهم.

٦- **دراسة (Bisserbe, et al, 1996):**

بعنوان Social phobia in primary care : level of recognition and drug

هدفت الدراسة إلى التعرف على الرهاب الاجتماعي وعلاقته باستخدام المخدرات، وقد تم إجراء الدراسة في باريس بمعرفة أطباء الرعاية النفسية الأولية كجزء من دراسة منظمة الصحة العالمية المعنونة "مشاكل نفسية في الرعاية الصحية العامة" وقد طبق الباحثون دراستهم على عينة قوامها ١٦٠ فرداً، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ- أن ٥٣٪ من أفراد العينة يعانون من الرهاب الاجتماعي والاكتئاب مجتمعين.

ب- أن ٦١٪ من المرضى بالرهاب الاجتماعي تعاطوا المخدرات لغرض نفسي في الشهر الأخير.

ج- أن ٣٢٪ من المصابين بالرهاب الاجتماعي من أفراد العينة استخدموا المخدرات ومنها الحشيش كمرداف للأدوية المزيلة للقلق.

٧- **دراسة (Roeloffs, et al, 2002):**

بعنوان Problem substance use among depressed patientsin monged primary care

تم إجراء الدراسة في قسم العلوم النفسية والسلوكية في معهد UCLA للأمراض النفسية بجامعة كاليفورنيا بلوس أنجلوس، على عينة قوامها ١١٨٧ مريضاً، بهدف التعرف على مشكلة استخدام المخدر بين المرضى الذين يعانون من الاكتئاب عند علاجهم في عيادات الرعاية الأولية ، وقد استخدم الباحثون معايير الدليل التشخيصي الرابع الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV, 1994, 2000) ، وقد خلصت الدراسة إلى أن نسبة ٤٤٪ من أفراد العينة يعانون من أعراض الاكتئاب مع ارتباط

بسوء استخدام الوصفات الطبية والمخدرات، و١٤٪ من أفراد العينة كان لديهم رهاب اجتماعي مع استخدام للحشيش للتغلب على الأعراض المرضية، و١١٪ من أفراد العينة يعانون من رهاب عام مع ارتباط سوء استخدام للكحول، كما وجدت الدراسة أن شراب الكحول المنذر بالخطر يرتبط بوضوح بالذكور الأصغر سناً بين أفراد العينة.

٨- **دراسة (Strike, et al, 2003):**

بعنوان Who seeks treatment for cannabis-related preblems

وتهدف الدراسة إلى التعرف على المشاكل التي يعاني منها الأشخاص الباحثين عن علاج لإدمان الحشيش في أحد المراكز العلاجية. حيث قام الباحثون بإجراء مقابلات عشوائية مع المراجعين الذين عرفوا الحشيش كمشكلة مخدرات أولية وعددهم ٤٢فرداً مستخدمين المعايير التشخيصية لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، وقد وجد الباحثون أن ٨٠٪ من أفراد العينة هم من الذكور، وأن ٧٧٪ من أفراد العينة هم من غير المتزوجين، وأن المستهلكين اليوميين للحشيش من بين أفراد العينة هم الأكبر سناً وجميعهم من الموظفين.

كما توصلت الدراسة إلى أن هناك ارتباط قوي بين تعاطي الحشيش واضطرابات القلق بوجه عام، حيث يتم استخدام الحشيش كمهبط لأعراض القلق المعروفة.

٩- **دراسة (Lynskey, et al, 2004):**

بعنوان Major depressive disorder, suicidalideation, and suicide atte in twins diccrdant for cannabis dependence and carly-onset cannabis use

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين الاضطرابات النفسية والرغبة في الانتحار وتعاطي الحشيش، وقد قامت هذه الدراسة على خلفية

بحث سابق ربط بين التبعية للحشيش والاضطرابات الاكتئابية الرئيسية "MDD" وبدء الحشيش في مراحل سنية مبكرة، وقد تكونت عينة الدراسة من (٥٠٠) فرداً في نفس المرحلة السنية مختلفين في التبعية للحشيش، و٦٢٢ فرداً مختلفين من حيث الاستخدام المبكر لتعاطي الحشيش.

وقد استخدم الباحثون معايير الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM – IV, 1994, 2000.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ- أن الأفراد الذين يعانون من التبعية للحشيش تكون خطورة إصابتهم بالاضطرابات الاكتئابية أكثر.

ب- أن الأشخاص الذين استخدموا الحشيش قبل عمر ١٧ سنة كانت لديهم معدلات مرتفعة من حيث محاولة الانتحار.

ج- أنه لا يمكن الجزم بأن التبعية للحشيش هي السبب الرئيس لمحاولات الانتحار المرتبطة باضطرابات القلق العام، أو الاكتئاب، حيث تلعب عوامل أخرى وراثية وبيئية أدواراً لا يمكن التقليل منها، مع بقاء إمكانية أن تعاطي الحشيش في مرحلة مبكرة قد ينتج عنه نزعة إنتحارية.

١٠- دراسة (Arendt, et al, 2004):

بعنوان Heavy cannabis user seeking treatment – prevalence of psych disorders

كان الهدف من هذه الدراسة هو توقع انتشار الاضطرابات النفسية بين ١٤٣٩ متعاطياً للحشيش يبحثون عن العلاج في الدنمارك، ومقارنتها مع ٩١٢٢ من مستخدمي المواد الأخرى، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ- أن غالبية مستخدمي الحشيش من الذكور.

ب- أن غالبية مستخدمي الحشيش هم من صغار السن مقارنة بمستخدمي المواد الأخرى.

ج- أن ٢٧٪ من متعاطي الحشيش لا يكملون البرامج العلاجية المقررة لهم داخل المصحات، بل يغادرونها قبل نهاية البرنامج العلاجي.

د- أن متعاطي الحشيش يعانون مستويات عالية من الاكتئاب.

هـ- أن هناك تزامن واضح لأكثر من اضطراب نفسي خاصة اضطرابات القلق بين متعاطي الحشيش.

وباستعراض الدراسات الغربية التي تناولت اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الكحول والحشيش نجد أن هذه الدراسات تنقسم في المجمل إلى قسمين رئيسيين: أحدهما درس علاقة هذا الاضطراب بتعاطي الكحول، والآخر درس علاقته بتعاطي الحشيش، وهي دراسات منفصلة بمعنى أنه لا توجد دراسة قارنت بين النوعين من المتعاطين وربطتهما باضطراب الرهاب الاجتماعي.

كما أن هذه الدراسات أجريت في المصحات النفسية التي يرتادها الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الرهاب بطوعهم واختيارهم برغبة شخصية منهم، وفي الغالب بمقابل مادي للعلاج، بينما طبقت هذه الدراسة على مدمنين الكحول والحشيش من غير المصنفين بأنهم يعانون من أية اضطرابات نفسية.

كما أن الدراسات السابقة التي تناولت إدمان المسكرات والحشيش ودرست علاقته بالرهاب الاجتماعي لم تعط اهتماماً كبيراً للمتغيرات الشخصية ولم توضح ما إذا كان لهذه المتغيرات أثر ذو دلالة إحصائية في تشكيل هذا الاضطراب.

كما أن اختلاف البيئة الاجتماعية والثقافية بين المجتمع الغربي والمجتمع السعودي المسلم، المحافظ، من الأمور الجوهرية التي يجب أن نقف أمامها، فالمجتمع الغربي يسمح بتعاطي الخمور وهي مكون هام للنسيج الثقافي الغربي، وتأتي الغرابة في أنه لا يوجد فرد لم تكن له خبرة سابقة مع الكحول، كما أن الحشيش ينتشر بصورة كبيرة في أواسط الشباب الغربي خاصة في الجامعات.

كما أشير إلى أن المجتمع السعودي لا يزال يحافظ بشكل كبير على ترابطه، فالأسرة الممتدة لازالت هي النواة الأساسية للمجتمع، ولازالت روابط القرابة تشكل العلامة الفارقة لهذا المجتمع، كما تؤدي المعايير الاجتماعية دوراً كبيراً في حدوث التواصل والتلاحم بين أفراد المجتمع كالأقارب والجيران وأفراد العشيرة، وهو الأمر الذي لا يمكن أن ينسحب على المجتمع الغربي الذي تلعب فيه الحضارة المادية الصناعية دوراً كبيراً في أحداث العزلة والضغوط النفسية التي تنعكس على الفرد.

الفصـــل الرابع
مـــنهج الدراســـة وإجراءاتهـــا

الفصل الرابع
منهجية الدراسة وإجراءاتها

يتناول هذا الفصل منهجية الدراسة وإجراءاتها حيث يعرض الباحث فيه للمنهج المستخدم ، والمجتمع الذي أجريت فيه الدراسة ، كما يتم التطرق لأدوات الدراسة ، وطريقة بنائها ، والإجراءات التي تم إتباعها للتحقق من صدقها وثباتها ، كما يتضمن هذا الفصل إجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية التي تم استخدمها في معالجة بيانات الدراسة .

أولاً : منهج الدراسة :

اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي ، والذي يعد أحد أنماط الدراسات المسحية التي تنتمي إلى الدراسات الوصفية.

والبحث الوصفي " يصف ما هو كائن ويهتم بالظروف الكائنة والممارسات السائدة والمعتقدات والآراء التي يؤمن بها الناس ، والعمليات التي تجري، والاتجاهات التي تتبلور وتعتمد الدراسة الوصفية على جمع بيانات وفيرة عن المشكلة موضوع البحث وتحديد أبعادها بصورة دقيقة، كما يتطلب وصف الخصائص المختلفة للظاهرة ، والعوامل المؤثرة عليها ، والظروف المحيطة بها وذلك لفحص العلاقات الارتباطية بين المتغيرات التي لها علاقة بالظاهرة أو الحدث . ولا يقف البحث الوصفي عند جمع البيانات وتبويبها ، وإنما يتعدى إلى الفهم والتفسير والمقارنة والقياس ، ومن ثم التحليل الدقيق الذي يقود إلى استخلاص العلاقات واستخراج الاستنتاجات المتضمنة لمشكلة البحث " [سلطان ، والعبيد ، ١٩٨٤] .

وبناءاً على ذلك فقد تم جمع البيانات والمعلومات المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وتبويبها وتحليلها بهدف التعرف على طبيعة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الكحول ومدمني الحشيش وهل له علاقة بالمتغيرات الشخصية وهل يدفع هذا الاضطراب إلى تعاطي الكحول والحشيش .

ثانياً : مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة:

قام الباحث بإجراء دراسته على المتوفر من نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض من المدمنين على المسكرات والحشيش ، وسيتم التعرف على مجتمع الدراسة من خلال معرفة ملامح هذا المجتمع الذي أجريت عليه الدراسة والبالغ عدده (١٢٠) نزيلاً من نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض الذين يتعافون من الإدمان على المسكرات والحشيش بواقع (٦٠) مبحوث من مدمني المسكرات و(٦٠) مبحوث من مدمني الحشيش ، لإبراز الملامح المهمة التي يتصف بها هذا المجتمع ، لما لهذه الخصائص من أهمية في معرفة مدى تأثيرها على المتغيرات التي سيتم فحصها والمتعلقة بموضوع الدراسة وذلك من خلال الجداول التوضيحية وعرض النتائج المتعلقة بها والتي تتمثل في إجابات المبحوثين على بنود الجزء الخاص بالبيانات الأولية على النحو التالي :

١- العمر :

جدول رقم (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش وفقاً لمتغير العمر

م	فئات العمر	مدمنى المسكرات		مدمنى الحشيش	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
١	أقل من ٢٥ سنة	٩	١٥٪	٨	١٣٪
٢	من ٢٦ إلى ٣٠ سنة	١٢	٢٠٪	١٢	٢٠٪
٣	من ٣١ إلى ٣٥ سنة	١٠	١٧٪	١١	١٨٪
٤	من ٣٦ إلى ٤٠ سنة	٧	١٢٪	٨	١٣٪
٥	من ٤٠ سنة إلى ٤٤ سنة	٩	١٥٪	١٠	١٧٪
٦	أكثر من ٤٥ سنة	١٣	٢١٪	١١	١٨٪
المجموع		٦٠	١٠٠٪	٦٠	١٠٠٪

فيما يتعلق بتوزيع مدمني المسكرات وفقاً لمتغير العمر يشير الجدول السابق بأن (٦٤٪) من أفراد العينة تقل أعمارهم عن ٤٠ سنة ، وتدل هذه النتيجة على أن غالبية المبحوثين من مدمني المسكرات هم ممن تقل أعمارهم عن الأربعين سنة ، بالرغم من تحريم شرب المسكرات والعقوبات الرادعة التي تنتظر شارب المسكرات داخل المملكة ، والوصم الاجتماعي الذي يلحق به وبأسرته من جراء ذلك، ويمكن أن نعزوا ذلك إلى كثرة سفر الشباب إلى خارج البلاد للسياحة أو غيرها الأمر الذي انعكس على ارتفاع معدل الإدمان على المسكرات بين الشباب. كما أن للطفرة الاقتصادية الكبيرة التي عاشتها المملكة والتي على أثرها دخل البلاد ملايين من العمالة الوافدة بثقافات وعادات مختلفة دور في ذلك .

أما فيما يتعلق بتوزيع مدمني الحشيش وفقاً لمتغير العمر فيشير الجدول السابق إلى أن (٥١٪) من أفراد العينة تقل أعمارهم عن (٣٦) عاماً ، وهذا يعطي مؤشر قوي إلى أن نسبة كبيرة من الأفراد تنجرف إلى تعاطي الحشيش مدفوعة بالاعتقاد السائد من أنه لا يسبب الإدمان.

إضافة إلى أن الحشيش لا يترك علامات ظاهرية يمكن ملاحظتها من قبل الأسرة والأقارب كالرائحة.

٢- الحالة الاجتماعية :

جدول رقم (٢)

توزيع أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش

وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية

م	الحالة الاجتماعية	مدمني المسكرات		مدمني الحشيش	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
١	متزوج	٢٣	٣٨٪	٢٠	٣٣٪
٢	غير متزوج	٣٧	٦٢٪	٤٠	٦٧٪
المجموع		٦٠	١٠٠٪	٦٠	١٠٠٪

فيما يتعلق بتوزيع مدمني المسكرات وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية يشير الجدول السابق إلى أن الحالة الاجتماعية للمبحوثين من مدمني المسكرات أن (٦٢٪) من المبحوثين من غير المتزوجين ، وهو يتوافق مع ما ورد في أدبيات الدراسة من أن للكحول آثار مدمرة على الأسر ، كما تتوافق مع ما ورد في تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للإدمان الكحولي الذي يقوم على ثلاثة محاور أحدها اضطراب الحياة الاجتماعية والمهنية ومع ما ورد في التعريف الإجرائي للإدمان من أن أحد عناصره الرئيسية هو هيمنة سلوك التعاطي على الأولويات الأخرى مع حدوث تدهور اجتماعي للمدمن بسبب التعاطي.

ومع دراسة (Lepine, & Pelissolo, 2000) التي خلصت إلى أن حياة المدمن الكحولي تتأثر بشدة في العلاقات الاجتماعية خاصة الزواج .

ومع دراسة القحطاني (١٤١٠هـ) التي خلصت إلى أن شرب الكحول يؤدي إلى تدمير الأسرة وتزايد نسبة الطلاق. كما أنه قد يعزى للوصم الاجتماعي في المجتمع السعودي المحافظ الذي يصم شارب الخمر، ورفض معظم الأسر لتزويج متعاطي الخمر أثر في ارتفاع نسبة غير المتزوجين من مدمني المسكرات .

أما فيما يتعلق بتوزيع مدمني الحشيش المسكرات وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية فيشير الجدول السابق إلى أن الحالة الاجتماعية لـ (٦٧٪) من المبحوثين غير متزوجين ، وهو ما يوافق إلى حد كبير دراسة (Strike, et al , 2003) لفحص المشاكل التي يعاني منها الأشخاص الباحثين عن علاج لإدمان الحشيش من أن ٧٧٪ من أفراد العينة من غير المتزوجين . وهذا يدل على أن الإدمان على الحشيش يسيطر على حياة المدمن بحيث يكون هو محور الحياة ، الأمر الذي يدفع إلى عدم الرغبة في الزواج وتكوين أسرة تتطلب الرعاية والاهتمام الأمر الذي يعيق حريته وانطلاقه ، إضافة إلى التكلفة الكبيرة للحشيش التي قد تقضي على أغلب دخل المدمن .

٣- المستوى التعليمي :

جدول رقم (٣)

توزيع أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش

وفقاً لمتغير المستوى التعليمي

م	المؤهل التعليمي	مدمني المسكرات		مدمني الحشيش	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
١	ابتدائي	١٢	٢٠٪	١٢	٢٠٪
٢	متوسط	١٩	٣٢٪	٢٠	٣٣٪
٣	ثانوي أو ما يعادلها	١٩	٣٢٪	١٩	٣٢٪
٤	بكالوريوس	٧	١٢٪	٩	١٥٪
٥	أخرى	٣	٤٪	-	-
المجموع		٦٠	١٠٠٪	٦٠	١٠٠٪

فيما يتعلق بتوزيع مدمني المسكرات وفقاً لمتغير المستوى التعليمي يشير الجدول رقم (٣) أن المؤهل التعليمي لـ (٨٤٪) من المبحوثين من مدمني المسكرات لا يتعدى الثانوية العامة ، وهذا يدل على انخفاض المستوى التعليمي للمبحوثين ، ويعزى إلى هيمنة سلوك التعاطي على أولويات الحياة ، حيث يدفع بالإنسان إلى إهمال حياته التعليمية .

أما فيما يتعلق بتوزيع مدمني الحشيش وفقاً لمتغير المستوى التعليمي فيشير الجدول السابق إلى أن المستوى التعليمي لمدمني الحشيش أن المؤهل العلمي لـ (٨٥٪) من المبحوثين لا يتعدى الثانوية العامة أو ما يعادلها ، وهذا يدل على مستوى تعليم متدن إلى حد ما ، حيث يكون الإدمان على تعاطي الحشيش معوقاً كبيراً في التحصيل العلمي لسيطرته على حياة المتعاطي ، إضافة إلى أن المدمن على الحشيش قد يلجأ إلى ترك التعليم بحثاً عن عمل ومورد دخل لتأمين شراءه ، بالإضافة إلى ما سبق الإشارة إليه من أن الفكرة السائدة لدى منخفضي التعليم أن الحشيش لا يسبب الإدمان وأنه

من السهل الإقلاع عنه متى شاء، كما أن التعليم يرتبط بالوعي العام لدى الأفراد عن خطورة الوقوع في شرك المخدرات بوجه عام.

٤- مستوى الدخل :

جدول رقم (٤)

توزيع أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش وفقاً لمتغير مستوى الدخل

م	مستوى الدخل	مدمني المسكرات		مدمني الحشيش	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
١	أقل من ٢٠٠٠ ريال	١٦٪	٢٧٪	١٢٪	٢٠٪
٢	من ٢٠٠٠ إلى أقل من ٤٠٠٠ ريال	٢٢	٣٧٪	٢٠	٣٣٪
٣	من ٤٠٠٠ إلى أقل من ٦٠٠٠ ريال	١٣	٢١٪	٥	٨٪
٤	من ٦٠٠٠ إلى أقل من ٨٠٠٠ ريال	٦	١٠٪	٨	١٣٪
٥	من ٨٠٠٠ إلى أقل من ١٠٠٠٠ ريال	٣	٥٪	٢	٤٪
٦	أكثر من ١٠٠٠٠ ريال	-	-	٣	٥٪
المجموع		٦٠	١٠٠٪	٦٠	١٠٠٪

فيما يتعلق بتوزيع مدمني المسكرات وفقاً لمتغير مستوى الدخل يشير الجدول السابق إلى أن مستوى الدخل لـ (٦٤٪) أقل من ٤٠٠٠ ريال وهذا يدل على المستوى المادي المتدني لدى المبحوثين من مدمني المسكرات وهو ما يتوافق مع ما ورد في أدبيات الدراسات من أن الإدمان الكحولي يرتبط بشكل كبير بضعف الإنتاجية والعمل الأمر الذي يؤدي إلى تردي الأوضاع الاقتصادية للمدمن.

أما فيما يتعلق بتوزيع مدمني الحشيش وفقاً لمتغير مستوى الدخل فيشير الجدول السابق إلى أن (٥٣٪) من المبحوثين لا يتعدى دخلهم (٤٠٠٠) ريال ، وهذا يؤكد ما توصلت إليه النتيجة السابقة المتعلقة بالمستوى

التعليمي ، حيث من الطبيعي أن تكون هناك علاقة طردية بين مستوى الدخل والتعليم، وهو ما يوافق ما ورد في أدبيات الدراسة من أن أحد أهم الملامح الملازمة للإدمان هو التدهور الاقتصادي والاجتماعي للمدمن ، كما يؤخذ في الحسبان أن المصحة التي يتشافى فيها المبحوثين مجانية يلجأ إليها أصحاب الدخول البسيطة الذين لا يستطيعون دفع تكاليف علاج الإدمان في المصحات الخاصة كما يفعل أصحاب الدخول المرتفعة غالباً.

٥- عدد مرات الدخول :

جدول رقم (٥)

توزيع أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش

وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول لمجمع الأمل للصحة النفسية للعلاج من الإدمان

م	عدد مرات الدخول	مدمني المسكرات		مدمني الحشيش	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
١	مرة واحدة	١٠	١٧٪	١٩	٣٢٪
٢	مرتين	١١	١٨٪	١٤	٢٣٪
٣	ثلاث مرات	٥	٨٪	١٢	٢٠٪
٤	أربع مرات فأكثر	٣٤	٥٧٪	١٥	٢٥٪
المجموع		٦٠	١٠٠٪	٦٠	١٠٠٪

فيما يتعلق بتوزيع مدمني المسكرات وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول إلى مجمع الأمل للصحة النفسية للعلاج من إدمان المسكرات فيشير الجدول السابق إلى أن ٨٣٪ من المبحوثين لديهم نسبة عود إلى تعاطي المسكرات بعد العلاج وأن ٦٥٪ منهم أدخل للعلاج أكثر من ٣ مرات وهي نسبة مرتفعة جداً ، حتى أن البعض منهم أدخل إلى المستشفى (٢٥ مرة) ، وهو ما يدعم ما سبق الإشارة إليه في أدبيات الدراسة من أن أحد محاور مفهوم الإدمان الرئيسية هو الميل إلى العودة (النكوص ، Relapse) حتى بعد فترة من الحرمان من المادة .

أما فيما يتعلق بتوزيع مدمني الحشيش وفقاً لمتغير عدد مرات الدخول إلى مجمع الأمل للصحة النفسية للعلاج من إدمان الحشيش أن ٦٨٪ من المبحوثين أدخلوا إلى المستشفى أكثر من مرة وأن ٤٥٪ منهم ادخلوا أكثر من ثلاث مرات ، بل أن البعض منهم فاق دخولهم للعلاج من إدمان الحشيش (١٠ مرات) ، وهي نسبة كبيرة تؤكد ما سبق ذكره في أدبيات الدراسة من تعاطي أن الحشيش يؤدي إلى الإدمان ، ويدعم ذلك نسبة العود والنكوص المرتفعة بين المبحوثين .

ثالثاً : أدوات الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة الأدوات التالية:

١- مقياس الرهاب الاجتماعي (من إعداد الباحث).

٢- مقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي الحشيش والمسكرات (من إعداد الباحث).

وفيما يلي عرض تفصيلي لهذين المقياسين:

قام الباحث بإعداد هذين المقياسين ، بعد الإطلاع على الأطر النظرية المتعلقة بالرهاب الاجتماعي، وكذلك الأدوات والمقاييس التي سبق استخدامها في هذا الغرض.

مثل مقياس (المالح، ١٤٢٣هـ) الموسوم (مقياس الرهاب الاجتماعي عند العرب) وهو مقياس مع ضخامته وتعدد فقراته وتنوعها إلا أن الباحث يرى صعوبة تطبيقه لعدة أسباب أهمها:

أ- لم يوضح معد المقياس، ما إذا كان قد تم تحكيمه بطريقة علمية، أم أنه حصيلة تجربة إكلينيكية.

ب- وجود بعض العبارات المنقولة من المقاييس الغربية التي لا يمكن تطبيقها على المجتمع السعودي.

ج- لا يقتصر المقياس على الرهاب الاجتماعي بل يشمل عناصر أخرى مثل دور التقنية الحديثة كالإنترنت في إحداث العزلة.

كما قام الباحث بالإطلاع على مقياس الباحث محمد القرني، وهو مقياس بالرغم من تقنينه على البيئة السعودية، إلا أن هناك بعض الملاحظات التي يرى الباحث أنها ذات أهمية كبيرة مثل:

أ- لم يعط المقياس مساحة كافية للأعراض الفسيولوجية التي تظهر على المصاب بالرهاب الاجتماعي.

ب- لم يغطي المقياس جميع جوانب الرهاب الاجتماعي.

ج- وجود ملاحظات على صياغة الفقرات مثل:

"أجد صعوبة في المطالبة بدين لي عند الآخرين" حيث يمكن الاستعاضة عنها بعبارة أكثر شمولية مثل "أجد صعوبة في المطالبة بحقوقي لدى الآخرين".

كما قام الباحث بالإطلاع على بعض المقاييس الغربية، وقد تم استبعاد تطبيقها كاملة لاختلاف البيئة الاجتماعية والثقافية بين المجتمع الغربي والمجتمع السعودي المسلم. فالمجتمعات الغربية تبيح شرب المسكرات وبعضها يجيز تعاطي الحشيش، وتقدم التسهيلات لذلك، وهو أمر لا يمكن حدوثه في ثقافتنا التي تنبذ ذلك وتحاربه، وتوجب العقوبة الدنيوية والآخروية عليه. إضافة إلى وجود العبارات التي لا يمكن أن تنسحب على مجتمعنا مثل "لا أجد مواضيع للحديث مع الجنس الآخر، أو مع صديقتي" إلا أن هذه لا يعني الاستبعاد التام لتلك المقاييس حيث تمت الاستفادة من العبارات التي يمكن أن تنطبق على جميع المجتمعات.

وقد قام الباحث بالإطلاع على الأدبيات المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي وأشكاله وصوره وأسبابه وطرق علاجه كما تم الاتصال ببعض الأطباء المختصين في الطب النفسي كالدكتور/ فلاح العتيبي استشاري الطب النفسي لفهم أبعاد هذا الاضطراب من واقع معايشتهم للحالات المرضية، ومقابلة بعض الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي الذين يترددون على إحدى العيادات الخاصة، وسماع وتدوين شكواهم، والاستعانة بها.

وبعد الفروغ من ذلك قام الباحث بإعداد ٣٨ عبارة تمت صياغتها في ضوء بعض الملاحظات التي تم أخذها بعين الاعتبار مثل:

أ- وضوح الصياغة ودقتها.

ب- تجنب العبارات المركبة.

ج- وضع عبارات موجبة وأخرى سالبة.

د- أن تكون الصياغة مختصرة قدر الإمكان.

هـ- أن تقيس محتوى العبارة مفهوم الرهاب الاجتماعي.

وقد قام الباحث بعرض أداتي الدراسة في صورتها الأولية على عدد (٩) محكمين (ملحق رقم ١) من جامعة الملك سعود وجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، والذين تفضلوا بتحكيم المقياس وتدوين ملاحظاتهم، والجدول التالي يوضح نسب اتفاق المحكمين على عبارات مقياس الرهاب الاجتماعي.

جدول رقم (٦)

يوضح نسب اتفاق المحكمين على عبارات مقياس الرهاب الاجتماعي

(ن = ٩)

البعد الأول – الرهاب الاجتماعي:

رقم العبارة	نسبة اتفاق المحكمين	رقم العبارة	نسبة اتفاق المحكمين
١	٨٩٪	٢١	٨٩٪
٢	٨٩٪	٢٢	١٠٠٪
٣	٨٩٪	٢٣	١٠٠٪
٤	٨٩٪	٢٤	١٠٠٪
٥	١٠٠٪	٢٥	١٠٠٪
٦	٨٩٪	٢٦	١٠٠٪
٧	٨٩٪	٢٧	١٠٠٪
٨	١٠٠٪	٢٨	٨٩٪
٩	١٠٠٪	٢٩	٨٩٪
١٠	٦٧٪	٣٠	٨٩٪
١١	٨٩٪	٣١	٨٩٪
١٢	١٠٠٪	٣٢	٨٩٪
١٣	٨٩٪	٣٣	٨٩٪
١٤	٨٩٪	٣٤	٨٩٪
١٥	٨٩٪	٣٥	٨٩٪
١٦	١٠٠٪	٣٦	٨٩٪
١٧	٨٩٪	٣٧	٨٩٪
١٨	٨٩٪	٣٨	٨٩٪
١٩	٨٩٪		
٢٠	٨٩٪		

ويتضح من الجدول السابق أن جميع عبارات مقياس الرهاب الاجتماعي حصلت على نسب اتفاق تراوحت بين ٨٩٪ و١٠٠٪ فيما عدا العبارة رقم "١٠" التي حصلت على نسبة ٦٧٪، وحيث أن الباحث قد حدد نسبة اتفاق قدرها ٨٠٪، فقد قام بحذف العبارة التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من هذه النسبة وأصبح المقياس في صورته الأولية بعد التحكيم يتكون من ٣٧ عبارة.

جدول رقم (٧)

نسب اتفاق المحكمين على مقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي الحشيش والمسكرات

قم العبارة	نسبة اتفاق المحكمين
١	٨٩٪
٢	١٠٠٪
٣	١٠٠٪
٤	٨٩٪
٥	٨٩٪
٦	٨٩٪
٧	١٠٠٪
٨	١٠٠٪
٩	١٠٠٪
١٠	١٠٠٪
١١	٨٩٪
١٢	١٠٠٪

ويتضح من الجدول السابق رقم (٧) أن جميع عبارات البعد الثاني– دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي المسكرات والحشيش قد حصلت على نسب اتفاق تراوحت بين (٨٩٪) و (١٠٠٪) وهي أعلى من النسبة التي حددها الباحث (٨٠٪) .

كما تفضل بعض السادة المحكمين بإعادة صياغة بعض العبارات على مقياس الرهاب الاجتماعي والجدول التالي يوضح العبارات قبل وبعد التعديل.

جدول رقم (٨)

يوضح العبارات قبل وبعد التعديل وفقاً لآراء بعض المحكمين

الرقم	العبارة قبل التعديل	بعد التعديل
١	أتجنب إلقاء الكلمات الإرتجالية أمام جمهور من الناس	أتجنب إلقاء الكلمات الإرتجالية أمام الأشخاص الذين أعرفهم
٢	تزداد ضربات قلبي بشكل كبير عندما أتحدث أمام الآخرين	أشعر بزيادة كبيرة في ضربات القلب عندما أتحدث أمام الآخرين
٣	آخذ زمام المبادرة بالحديث مع الأشخاص الذين لا أعرفهم.	من عادتي أخذ زمام المبادرة بالحديث مع من أعرف ومن لا أعرف من الأشخاص
٤	أخاف من الأشخاص في مراكز السلطة مثل رجال الأمن	أشعر بالرهبة من الأشخاص الذين هم في مراكز السلطة مثل رجال الأمن
٥	أشعر بالخجل عند وقوفي في المواقف العامة مثل مواقف الباصات وإشارات المرور	أشعر بالارتباك عند وقوفي لوحدي في المواقف العامة مثل مواقف الباصات وإشارات المرور

كما تفضل بعض السادة المحكمين بإضافة ثلاث عبارات إلى مقياس الرهاب الاجتماعي ليصبح في صورته الأولية المعدة للدراسة مكون من (٤٠) عبارة ، والعبارات المضافة هي :

١- أشعر بالحرج الشديد عندما يثني الآخرون عن مظهري أو قدراتي.

٢- أحرص على اصطحاب صديق عند ذهابي للمناسبات العامة.

٣- أشعر بضيقة في الصدر ورغبة قوية في الانصراف أثناء جلوسي في المناسبات العامة.

صدق وثبات أداتي الدراسة:

١- الصدق :

يشير الصدق إلى أن الاستبانة تقيس الظاهرة المعينة التي وضعت من أجل قياسها ، (عبيدات ، ١٩٩٧م) .

وقد قام الباحث بحساب الصدق بالطرق التالية :

أ- صدق المحكمين:

تم عرض أداتي الدراسة على عدد من المحكمين من ذوي الخبرة والمعرفة في مجالات البحث العلمي والمتخصصين في العلوم الاجتماعية والذين

بلغ عددهم (٩) محكمين من جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية وجامعة الملك سعود بالرياض – تم وضع قائمة بأسماء المحكمين في الملاحق – طلب الباحث منهم إبداء أرائهم حول مدى وضوح صياغة كل عبارة من عبارات أداتي الدراسة ، ومدى مناسبتها لقياس ما وضعت من أجله ، ومدى ملائمة كل عبارة للمحور الذي تنتمي له. وقد تم إجراء التعديلات التي اتفق عليها غالبية المحكمين من تعديل أو إضافة أو حذف ، حسب ما تم توضيحه سابقاً تحت أدوات الدراسة. وقد تحقق للمقياس مستوى مرتفع من صدق المحكمين كما أوضحته نسب اتفاق المحكمين.

ب- الصدق البنائي :

بعد التأكد من صدق المحكمين لأداتي الدراسة ، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتأكد من الصدق البنائي والاتساق الداخلي لأداتي الدراسة ، وتحديد مدى التجانس الداخلي لأداتي الدراسة وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات والدرجة الكلية لأداتي الدراسة ، والجدول رقم (٨) يوضح النتائج المتعلقة بذلك.

جدول رقم (٩)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات

أداتي الدراسة والدرجة الكلية

مقياس الرهاب الاجتماعي						مقياس دور الرهاب في التعاطي	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٤٧٨	١٤	٠,٦٨٤	٢٧	٠,٦٤٨	١	٠,٨٨٠
٢	٠,٥٥٧	١٥	٠,٧٧٣	٢٨	٠,٣٦٤	٢	٠,٥٠٣
٣	٠,٥٨٧	١٦	٠,٦٧٢	٢٩	٠,٣٣٩	٣	٠,٨٨٤
٤	٠,٦٧١	١٧	٠,٥٦٦	٣٠	٠,٦٠٠	٤	٠,٧٩٣
٥	٠,٦٧٨	١٨	٠,٦٨١	٣١	٠,٤٧٤	٥	٠,٨٠٨
٦	٠,٣٥٣	١٩	٠,٥٢٩	٣٢	٠,٣٣٦	٦	٠,٧٧٩
٧	٠,٥٨٧	٢٠	٠,٣٧٩	٣٣	٠,٦٧٠	٧	٠,٨٤١
٨	٠,٥١٦	٢١	٠,٧٦٢	٣٤	٠,٥٥٨	٨	٠,٨٣١
٩	٠,٦٣٢	٢٢	٠,٧٨١	٣٥	٠,٦٩١	٩	٠,٧٤٨
١٠	٠,٦٦٢	٢٣	٠,٧١٤	٣٦	٠,٦٤٧	١٠	٠,٦٧٤
١١	٠,٣٩٣	٢٤	٠,٦٢٨	٣٧	٠,٧١٩	١١	٠,٨٥٠
١٢	٠,٧٢١	٢٥	٠,٨٣٥	٣٨	٠,٧٧٣	١٢	٠,٨٤٦
١٣	٠,٧٥٦	٢٦	٠,٢٥٩				

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات أداتي الدراسة والدرجة الكلية لكل أداة تتراوح بين (٠,٢٥٩ ، ٠,٨٨٤) وهي معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) .

٢- ثبات أداتي الدراسة:

يعني ثبات الأداة Reliabitlity ، حصول الأفراد المفحوصين على نفس الدرجة تقريباً في حال تكرر تطبيقها عليهم ، (العساف ، ١٤٠٩هـ).

ولمعرفة ذلك فقد تم حساب ثبات أداتي الدراسة باستخدام معامل ثبات ألفا لكرونباخ (Cronbach's alpha) والجدول التالي رقم (١٠) يوضح النتائج المتعلقة بذلك.

جدول رقم (١٠)

معامل ثبات محاور متغيرات الدراسة الأساسية

المقياس	معامل ثبات ألفا
مقياس الرهاب الاجتماعي	٠,٩٥
مقياس دور الرهاب في التعاطب	٠,٩٦

ويتضح من الجدول السابق أن أداتي الدراسة تتمتعان بثبات مرتفع جداً حيث تراوحت قيم معاملات ثبات ألفا بين (٠,٩٥ و ٠,٩٧) وهي قيم تشير بوضوح إلى أن أداتي الدراسة تتمتعان بثبات مرتفع .

٣- طريقة تصحيح المقياس :

قام الباحث باستخدام مقياس ليكرت (Likert) رباعي الأبعاد (يعبر عن حالتي تماماً – يعبر عن حالتي إلى حد كبير – يعبر عن حالتي بعض الشيء – لا يعبر عن حالتي على الإطلاق) ، وقد تم التقويم بإعطاء درجات للفقرات من (٣- صفر) بحيث يأخذ الخيار (يعبر عن حالتي تماماً) (٣ درجات) والخيار (لا يعبر عن حالتي على الإطلاق) (درجة صفر).

كما قام الباحث بوضع بعض العبارات الإيجابية التي تدل على عدم وجود الرهاب الاجتماعي وهي العبارات رقم (٦ ، ١١ ، ٢٠ ، ٢٦ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣١) ، وقد تم تقويم هذه العبارات بطريقة عكسية من (صفر – ٣) بحيث يأخذ الخيار (يعبر عن حالتي تماماً) (درجة صفر) ، والخيار (لا يعبر عن حالتي على الإطلاق) (درجة ٣) .

٤- **إجراءات الدراسة :**

استخدم الباحث طرق البحث الاعتيادية لجمع مادة البحث وذلك بالرجوع للمصادر العلمية من كتب ومراجع ودوريات وأبحاث منشورة وغير منشورة ذات صلة بموضوع الدراسة تعينه على الجمع والتحليل والتفسير ، وتوصل إلى تصميم أداتي الدراسة بصورتها الأولية ، ثم مرت بعدة خطوات حتى وصلت إلى صورتها النهائية بعد التحقق من توفر خصائص سيكومترية جيدة لها من صدق وثبات ، ومن ثم تم توزيعها على المبحوثين من نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض من مدمني المسكرات والحشيش وعددهم الإجمالي (١٢٠) نزيلاً موزعين كالتالي : (٦٠) نزيل من مدمني المسكرات و(٦٠) نزيل من مدمني الحشيش ، وتم جمع الاستبانات عن طريق أخذها منهم مناولة باليد دون استخدام أي من وسائل الاتصال المعتادة لكونهم في مدينة واحدة . وبعد استكمال الإجابة على بيانات الدراسة من قبل مجتمع الدراسة ، تم إدخال هذه البيانات الحاسب الآلي ومن ثم تمت معالجتها باستخدام البرنامج الإحصائي "Statistical Package for Social Science" (SPSS) .

رابعاً : الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدم الباحث للإجابة على تساؤلات الدراسة الحالية الأساليب الإحصائية التالية :

١- للإجابة على التساؤلين الأول والثاني من تساؤلات الدراسة تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للتعرف على إجابات المبحوثين على جميع عبارات متغيرات الدراسة . وتم استخدام المتوسط الحسابي (المرجح) ونسبته المئوية لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض إجابة المبحوثين على كل عبارة من عبارات محوري متغيرات الدراسة ، كما تم استخدام

الانحراف المعياري وهو من أحسن مقاييس التشتت للتعرف على مدى انحراف استجابات المبحوثين لكل عبارة عن متوسطها الحسابي .

٢- للإجابة على التساؤل الثالث تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات لإيجاد الفروق بين مدمني الكحول ومدمني الحشيش في درجة الرهاب الاجتماعي .

٣- للإجابة على التساؤلين الرابع والخامس تم استخدام تحليل التباين إحادي الاتجاه لدلالة الفروق بين المتوسطات وذلك لمعرفة مدى اختلاف درجة الرهاب الاجتماعي لدى كل من مدمني الكحول ومدمني الحشيش كل على حدة باختلاف متغيراتهم الشخصية.

٤- للإجابة على التساؤل السادس تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار .

الفصـــل الخامس
عـــــرض نتـــائج الدراســـــة

الفصل الخامس
عرض نتائج الدراسة

مقدمة :

يعرض هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة التي أجريت على مدمني المسكرات والحشيش من نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض والبالغ عددهم (١٢٠) نزيل من خلال الأدوات المطبقة عليهم، حيث تم توزيع (١٢٠) استبانة على مجتمع الدراسة عادت جميعاً حيث كان الباحث يقوم بتسليم الأدوات للنزيل والجلوس معه حتى الفروغ من تعبئتها ومن ثم جمعها باليد ولم يتم استبعاد أي من الأدوات لاكتمال تعبئتها ، وقد تضمنت الأدوات بعض المتغيرات الشخصية كالعمر والحالة الاجتماعية والمؤهل التعليمي ومستوى الدخل ، وتضمنت أداتين هما مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي المسكرات والحشيش.

وسيتم استعراض النتائج بدءً بنص التساؤل والطريقة الإحصائية المستخدمة للإجابة عليه ، وفيما يلي عرضاً لذلك:

أولاً : النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول :

ينص التساؤل الأول على ما يلي :

" ما درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات ؟ " .

وللإجابة على هذا التساؤل استخدم الباحث التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي ، إضافة إلى الاختبار الإحصائي كا^2 لحسن المطابقة لمعرفة حجم التأثير. والجدول التالي رقم (١١) يوضح النتائج المتعلقة بذلك.

جدول رقم (١١)

درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات

العبـــــــارة		استجابة أفراد العينة				المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الاختبارات الإحصائية		
		يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق				كا ٢ لحسن المطابقة		
									القيمة	الاحتمالية	حجم التأثير
١- أتجنب النشاطات التي أكون فيها محط انتباه الآخرين مثل الحفلات .	ت	١٠	١٨	٢٣	٩	١,٤٨	١,٠٠	٠,٩٥	٨,٩٣	٠,٠٣	٠,٣٩
	٪	٪١٧	٪٣٠	٪٣٨	٪١٥						
٢- أتجنب إلقاء الكلمات الارتجالية أمام الأشخاص الذين أعرفهم.	ت	١٦	١٧	٢١	٦	١,٧٢	٢,٠٠	٠,٩٨	٨,١٣	٠,٠٤	٠,٣٧
	٪	٪٢٧	٪٢٨	٪٣٥	٪١٠						
٣- أرتبك أثناء قيامي بعمل معين إذا كان الآخرين ينظرون إلي لحظتها.	ت	١٢	٢٥	١٨	٥	١,٧٣	٢,٠٠	٠,٨٨	١٤,٥٣	٠,٠٠	٠,٤٩
	٪	٪٢٠	٪٤٢	٪٣٠	٪٨						
٤- أشعر بزيادة كبيرة في ضربات القلب بشكل كبير عندما أتحدث أمام الآخرين.	ت	١٧	١٨	٢٠	٥	١,٧٨	٢,٠٠	٠,٩٦	٩,٢٠	٠,٠٣	٠,٣٩
	٪	٪٢٨	٪٣٠	٪٣٣	٪٩						
٥- أتجنب المشاركة في النقاشات بصوت مسموع.	ت	١٠	٢٧	١٦	٧	١,٦٧	٢,٠٠	٠,٩٠	١٥,٦٠	٠,٠٠	٠,٥١
	٪	٪١٧	٪٤٥	٪٢٧	٪١١						
٦- من عادتي أخذ زمام المبادرة بالحديث مع من أعرف ومن لا أعرف من الأشخاص❖.	ت	٣٦	١٥	٨	١	٢,٤٣	٣,٠٠	٠,٧٩	٤٥,٧٣	٠,٠٠	٠,٨٧
	٪	٪٦٠	٪٢٥	٪١٤	٪١,٧						
٧- أشعر بالارتباك عند وقوفي لوحدي في المواقف العامة مثل مواقف الباصات وإشارات المرور.	ت	٧	١٠	١٩	٢٤	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٣	١٢,٤٠	٠,٠١	٠,٤٥
	٪	٪١١,٧	٪١٦,٧	٪٣١,٧	٪٤٠						
٨- أشعر بالرهبة من الأشخاص الذين هم في مراكز السلطة مثل رجل الأمن.	ت	١١	٢٢	١٩	٨	١,٦٠	٢,٠٠	٠,٩٤	٨,٦٧	٠,٠٣	٠,٣٨
	٪	٪٪١٨	٪٣٧	٪٣٢	٪١٣						
٩- يتشتت ذهني وتصبح أفكاري مشوشة وغير مرتبة عندما أتحدث أمام الآخرين.	ت	٩	٢٢	٢٢	٧	١,٥٥	٢,٠٠	٠,٨٩	١٣,٢٠	٠,٠٠	٠,٤٧
	٪	٪١٥	٪٣٧	٪٣٧	٪١١						
١٠- أشعر بالارتباك والحرج الشديد عندما لا يفسح لي الآخرون مكان للجلوس.	ت	١١	١٩	١٥	١٥	١,٤٣	١,٥	١,٠٦	٢,١٣	٠,٥٥	٠,١٩
	٪	٪١٨	٪٣٢	٪٢٥	٪٢٥						
١١- أشعر بالسرور والارتياح عند مشاركتي في المناسبات العامة❖.	ت	٤١	٩	١٠	٠	٢,٥٢	٣,٠٠	٠,٧٧	٣٣,١٠	٠,٠٠	٠,٧٤
	٪	٪٦٨	٪١٥	٪١٧	٠						
١٢- تزداد ضربات قلبي عندما أتخيل نفسي في موقف صدام مع أحد.	ت	١٢	٢٣	٢١	٤	١,٧٢	٢,٠٠	٠,٨٧	١٥,٣٣	٠,٠٠	٠,٥١
	٪	٪٢٠	٪٣٨	٪٣٥	٪٧						

العبـــــــارة		استجابة أفراد العينة				المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الاختبارات الإحصائية		
									كا ٢ لحسن المطابقة		
		يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتى إلى حد كبير	يعبر عن حالتى بعض الشيء	لا يعبر عن حالتى على الإطلاق				القيمة	الاحتمالية	حجم التأثير
١٣- أشعر بحرج كبير في إعادة السلعة المعيبة إلى البائع.	ت	١٣	١٣	٢٠	١٤	١,٤٢	١,٠٠	١,٠٨	٢,٢٧	٠,٥٢	٠,١٩
	٪	٪٢٢	٪٢٢	٪٣٣	٪٢٣						
١٤- أشعر بالكآبة والحزن لأن الآخرين لاحظوا خوفي.	ت	١٢	٢٥	١٤	٩	١,٦٧	٢,٠٠	٠,٩٧	٩,٧٣	٠,٠٢	٠,٤٠
	٪	٪٢٠	٪٤٢	٪٢٣	٪١٥						
١٥- أتجنب إمامه المصلين في الصلوات الجهرية خوفاً من تغير نبرة صوتي.	ت	١٩	١٩	١٦	٦	١,٨٥	٢,٠٠	٠,٩٩	٧,٦٠	٠,٠٦	٠,٣٦
	٪	٪٣١,٧	٪٣١,٧	٪٢٦,٧	٪١٠						
١٦- أشعر بالارتباك والحرج عندما أتحدث هاتفياً في وجود الآخرين.	ت	١٠	١٦	٢٠	١٤	١,٣٧	١,٠٠	١,٠٢	٣,٤٧	٠,٣٣	٠,٢٤
	٪	٪١٧	٪٢٧	٪٣٣	٪٢٣						
١٧- أتجنب الأكل والشرب في الأماكن العامة أمام الآخرين.	ت	٦	٦	١٩	٢٩	.٨٢	١,٠٠	٠,٩٨	٢٤,٩٣	٠,٠٠	٠,٦٤
	٪	٪١٠	٪١٠	٪٣٢	٪٤٨						
١٨- أتجنب استخدام دورات المياه العامة في وجود الآخرين.	ت	٧	٩	١٧	٢٧	.٩٣	١,٠٠	١,٠٤	١٦,٥٣	٠,٠٠	٠,٥٢
	٪	٪١٢	٪١٥	٪٢٨	٪٤٥						
١٩- لا أجد مواضيع للحديث عندما أتكلم مع شخص لا أعرفه.	ت	١٠	١٣	٢٩	٧	١,٤٤	١,٠٠	٠,٩١	١٩,٥٨	٠,٠٠	٠,٥٨
	٪	٪١٧	٪٢٢	٪٤٩	٪١١						
٢٠ - أعبر عن مشاعري تجاه الآخرين بلا تردد❖.	ت	٥٠	٦	٤		٢,٧٧	٣,٠٠	.٥٦	٦٧,٦٠	٠,٠٠	١,٠٦
	٪	٪٨٣	٪١٠	٪٧							
٢١- أجد صعوبة كبيرة في المطالبة بحقوقي لدى الآخرين.	ت	١٢	١٥	٢٢	١١	١,٤٧	١,٠٠	١,٠٢	٤,٩٣	٠,١٨	٠,٢٩
	٪	٪٢٠	٪٢٥	٪٣٧	٪١٨						
٢٢- أشعر بالخوف من أن أعارض رأي الأغلبية.	ت	١٢	١٦	٢٤	٦	١,٥٩	١,٠٠	٠,٩٤	١١,٧٩	٠,٠١	٠,٤٥
	٪	٪٢١	٪٢٨	٪٤١	٪١٠						
٢٣- أشعر بالحرج الشديد عندما يكون مظهري أقل من الآخرين.	ت	١٧	١٢	٢٢	٩	١,٦٢	١,٠٠	١,٠٦	٦,٥٣	٠,٠٩	٠,٣٣
	٪	٪٢٨	٪٢٠	٪٣٧	٪١٥						
٢٤- أتجنب حرج مشاعر الآخرين لو جرحوا مشاعري.	ت	١٣	١٣	٢٤	١٠	١,٤٨	١,٠٠	١,٠٢	٧,٦٠	٠,٠٦	٠,٣٦
	٪	٪٢٢	٪٢٢	٪٤٠	٪١٦						
٢٥- أخجل من الخروج من المحل دون شراء شيء.	ت	١٤	٦	٢٢	١٨	١,٢٧	١,٠٠	١,١٣	٩,٣٣	٠,٠٣	٠,٩٣
	٪	٪٢٣	٪١٠	٪٣٧	٪٣٠						
٢٦- أعبر عن رفضي للمواقف التي لا تعجبني براحة مطلقة❖.	ت	٣٦	٤	٩	١١	٢,٨	٣,٠٠	١,٢٣	٤٠,٩٣	٠,٠٠	٠,٨٣
	٪	٪٦٠	٪٧	٪١٥	٪١٨						
٢٧- أشعر بالحرج من حمل المشتريات في الشارع.	ت	٦	٨	١٩	٢٧	.٨٨	١,٠٠	٠,٩٩	١٩,٣٣	٠,٠٠	٠,٥٧
	٪	٪١٠	٪١٣	٪٣٢	٪٤٥						
٢٨- أبادر بزيارة الأصدقاء والأقارب باستمرار❖.	ت	٣٧	٨	٣	١٢	٢,١٧	٣,٠٠	١,٢١	٤٥,٧٣	٠,٠٠	٠,٨٧
	٪	٪٦٢	٪١٣	٪٥	٪٢٠						
٢٩- أتولى تنسيق المناسبات العائلية واستقبال الضيوف والعناية بهم❖.	ت	٢٦	٩	٥	٢٠	١,٦٨	٢,٠٠	١,٣٣	١٨,٨٠	٠,٠٠	٠,٥٦
	٪	٪٤٣	٪١٥	٪٨	٪٣٣						

العبـــــــــارة		استجابة أفراد العينة				المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الاختبارات الإحصائية		
		يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق				كا ٢ لحسن المطابقة: القيمة	الاحتمالية	حجم التأثير
٣٠- أفضل الجلوس في المنزل ومشاهدة التلفاز على الخروج.	ت	١٨	٢٠	١٦	٦	١٫٨٣	٢٫٠٠	٠٫٩٨	٧٫٧٣	٠٫٠٥	٠٫٣٦
	٪	٪٣٠	٪٣٣	٪٢٧	٪١٠						
٣١- أسأل عن الأشياء التي لا أعرفها دون تردد.	ت	٣١	٧	٦	١٥	١٫٩٢	٣٫٠٠	١٫٢٩	٢٧٫١٧	٠٫٠٠	٠٫٦٨
	٪	٪٥٢	٪١٢	٪١٠	٪٢٥						
٣٢- أجلس في صدر المجلس في الحفلات والمناسبات العامة باستمرار❖.	ت	٢٥	٤	٣	٢٨	١٫٤٣	١٫٠٠	١٫٤٣	٣٥٫٦٠	٠٫٠٠	٠٫٧٧
	٪	٪٤٢	٪٧	٪٥	٪٤٦						
٣٣- أشعر بالارتباك والحرج عندما يسألني شخص عن شيء لا أعرفه.	ت	٨	١٦	٢٩	٧	١٫٤٢	١٫٠٠	٠٫٨٧	٢٠٫٦٧	٠٫٠٠	٠٫٥٩
	٪	٪١٣	٪٢٧	٪٤٨	٪١٢						
٣٤- أشعر أنني حساس جداً تجاه أي نقد أو تعليق.	ت	٢٦	١٥	١٧	٢	٢٫٠٨	٢٫٠٠	٠٫٩٣	١٩٫٦٠	٠٫٠٠	٠٫٥٧
	٪	٪٤٣	٪٢٥	٪٢٨	٪٣						
٣٥- أجد صعوبة في الاعتذار عن تقديم خدمة لأحد.	ت	١١	١٦	٢٦	٧	١٫٥٢	١٫٠٠	٠٫٩٣	١٣٫٤٧	٠٫٠٠	٠٫٤٧
	٪	٪١٨	٪٢٧	٪٤٣	٪١٢						
٣٦- أشعر بالحرج الشديد عندما يثني الآخرون على مظهري أو قدراتي.	ت	٨	٢٠	٢٦	٦	١٫٥٠	١٫٠٠	٠٫٨٥	١٨٫٤٠	٠٫٠٠	٠٫٥٥
	٪	٪١٣	٪٣٣	٪٤٣	٪١٠						
٣٧- أحرص على اصطحاب صديق عند ذهابي للمناسبات العامة.	ت	١٤	٢١	٢١	٤	١٫٧٥	٢٫٠٠	٠٫٨٩	١٢٫٩٣	٠٫٠٠	٠٫٤٦
	٪	٪٢٣	٪٣٥	٪٣٥	٪٧						
٣٨- أشعر بضيقة في الصدر ورغبة قوية في الانصراف أثناء جلوسي في المناسبات العامة.	ت	١٣	١٥	٢٧	٥	١٫٦٠	١٫٠٠	٠٫٩٢	١٦٫٥٣	٠٫٠٠	٠٫٥٢
	٪	٪٢٢	٪٢٥	٪٤٥	٪٨						
المتوسط الحسابي العام (١٫٤٠) بنسبة مئوية (٤٦٫٦٦٪)											

❖ العبارات (٦ ، ١١ ، ٢٠ ، ٢٦ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣١) عبارات إيجابية ينعكس فيها المقياس .

وباستعراض النتائج السابقة لإجابات المبحوثين من مدني المسكرات نجد أن بعض العبارات الإيجابية سجلت أعلى معدلات الاستجابة وكانت كالتالي:

١- العبارة رقم (٢٠) " أعبر عن مشاعري تجاه الآخرين بلا تردد "حيث أظهرت إجابات المبحوثين أن المتوسط الحسابي لها (٢٫٧٧) وتمثل (٩٢٪) .

٢- العبارة رقم (١١) " أشعر بالسرور والارتياح عند مشاركتي في المناسبات العامة " حيث أظهرت إجابات المبحوثين أن المتوسط الحسابي لها (٢,٥٢) وتمثل (٨٤٪) .

٣- العبارة رقم (٦) " من عادتي أخذ زمام المبادرة بالحديث مع من أعرف ومن لا أعرف من الأشخاص " حيث أظهرت إجابات المبحوثين أن المتوسط الحسابي لها (٢,٤٣) وتمثل نسبة (٨١٪) .

كما سجلت بعض العبارات المباشرة التي تدل على الرهاب الاجتماعي النتائج التالية :

١- العبارة رقم (١٥) " أتجنب إمامه المصلين في الصلوات الجهرية خوفاً من تغير نبرة صوتي حيث أظهرت إجابات المبحوثين أن المتوسط الحسابي لها يساوي (١,٨٥) وتمثل (٦٢٪) .

٢- أظهرت إجابات المبحوثين على العبارة رقم (٣٠) " أفضل الجلوس في المنزل ومشاهدة التلفاز على الخروج " متوسط حسابي قدره (١,٨٣) وتمثل نسبة (٦١٪) .

٣- أظهرت إجابات المبحوثين على العبارة رقم (٤) " أشعر بزيادة كبيرة في القلب بشكل كبير عندما أتحدث أمام الآخرين " متوسط حسابي (١,٧٨) بنسبة (٥٩٪) .

٤- أظهرت إجابات المبحوثين على العبارة رقم (٢) " أتجنب إلقاء الكلمات الارتجالية أمام الأشخاص الذين أعرفهم بمتوسط حسابي (١,٧٢) وتمثل نسبة (٥٧٪).

٥- أظهرت إجابات المبحوثين على العبارة رقم (٣٤) " أشعر أنني حساس جداً تجاه أي نقد أو تعليق " أن المتوسط الحسابي لها يساوي (٢,٠٨) وهو يمثل نسبة (٧٠٪) وهي نسبة مرتفعة .

وبنظرة إلى العبارات السابقة نجد أن العبارات رقم (٢ ، ٤ ، ١٥) وهي عبارات تتطلب الأداء الفعلي أمام الآخرين ، الأمر الذي يسلط الضوء على

من يقوم بها ، ويضعه تحت ملاحظة الآخرين بشكل مباشر كالتحدث بصوت مسموع أمام الآخرين ، أو أمامه المصلين في الصلوات الجهرية ، أو إلقاء الكلمات الارتجالية أمام جمع من الناس ، وهذه النتيجة تتوافق مع ما توصلت إليه دراسة شلبي (١٤٢٣هـ) من أن نسبة استجابات المبحوثين تكون عالية عندما تتعلق العبارة بالأفعال التي تتطلب أداءً أمام الآخرين والهروب من الأداء أمام الآخرين وهو لب اضطراب الرهاب الاجتماعي الذي هو خوف دائم من مواقف الأداء الجماعي التي يتعرض فيها الشخص إلى الفحص والتدقيق من قبل الآخرين مما يصيبه بالارتباك خشية القيام بعمل يبعث على سخرية الآخرين منه (DSM-IV, 1994) .

وإذا نظرنا إلى العبارة رقم (٣٤) التي أعطت أعلى استجابة من قبل المبحوثين والمتعلقة بالشعور بالحساسية المفرطة تجاه النقد والتعليق ، فهو يتوافق مع ورد في أدبيات الدراسة المتضمنة أن أهم المعالم الملازمة لاضطراب الرهاب الاجتماعي هو الحساسية الزائدة تجاه النقد أو التقويم السلبي .

وقد جاءت نتيجة العبارة رقم (٣٠) التي تتعلق بتفضيل المبحوثين للجلوس في المنزل ومشاهدة التلفاز على غيرها من النشاطات الأخرى بنسبة (٦١٪) لتدعم ما ورد في أدبيات الدراسة من أن أحد المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي هو الميل إلى العزلة والوحدة وعدم الرغبة في مغادرة المنزل، وإعاقة الكثير من المناشط الحياتية ، كما تدعم النتيجة السابقة ما ورد في الإطار النظري لإدمان المسكرات من أن أحد التفسيرات الاجتماعية الهامة لإدمان الكحول الاتجاه التصنيفي Labelling Approch الذي يرى أن المدمن الكحولي يلجأ إلى العزلة والانسحاب لأنه صنف من المجتمع على أنه غير سوي ووصم بذلك .

وقد سجلت العبارات التالية أقل استجابة من قبل المبحوثين :

١- العبارة رقم (١٧) " أتجنب الأكل والشرب في الأماكن العامة " بنسبة (٢٧٪) .

٢- العبارة رقم (٢٧) " أشعر بالحرج من حمل المشتريات في الشارع " بنسبة (٢٩٪) .

٣- العبارة رقم (١٨) " أتجنب استخدام دورات المياه العامة في وجود الآخرين " بنسبة (٣١٪) .

وإذا نظرنا إلى العبارات السابقة نجد أن تلك العبارات لا تتطلب أداءً اجتماعياً أمام الآخرين ، يتم من خلاله تسليط الضوء بشكل مباشر على من يقوم بذلك الفعل ، فالأكل والشرب في الأماكن العامة وحمل المشتريات ودخول دورات المياه العامة أفعال لا تلفت نظر الآخرين ولا تدفعهم إلى تفحص من يقوم بها كإلقاء الخطب أو غيرها .

وقد سجلت درجة الرهاب الاجتماعي عند مدمني المسكرات متوسط حسابي قدره (١,٤٠) وتمثل (٤٦,٦٦) وبالرغم من أن المتوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من مدمني المسكرات لمقياس الرهاب الاجتماعي سجل أقل من المتوسط إلا أن النسبة المئوية (٤٦,٦٦) نسبة ليست بالمنخفضة خاصة إذا ما علمنا أن هذه الدراسة أجريت على أفراد من غير المصنفين كمرضى بالاضطرابات النفسية بوجه عام والرهاب الاجتماعي على وجه الخصوص.

ثانياً : النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني:

ينص التساؤل الثاني على ما يلي :

" ما درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش " .

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي ، إضافة إلى الاختبار الإحصائي كا٢ لحسن المطابقة لمعرفة حجم التأثير . والجدول التالي رقم (١٢) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (١٢)

العبارة		استجابة أفراد العينة				المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الاختبارات الإحصائية		
									كا ٢ لحسن المطابقة		
		يعبر عن حالتي تماما	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق				القيمة	الاحتمالية	حجم التأثير
١- أتجنب النشاطات التي أكون فيها محط انتباه الآخرين مثل الحفلات .	ت	١٠	٢٠	١٧	١٣	١,٤٥	١,٥٠	١,٠٢	٣,٨٧	٠,٢٨	٠,٢٨
	٪	٪١٧	٪٣٣	٪٢٨	٪٢٢						
٢- أتجنب إلقاء الكلمات الارتجالية أمام الأشخاص الذين أعرفهم.	ت	٩	١٩	٢٣	٩	١,٤٧	١,٠٠	.٩٣	١٠,٢٣	٠,٠٢	٠,٤٤
	٪	٪١٥	٪٣٢	٪٣٨	٪١٥						
٣- أرتبك أثناء قيامي بعمل معين إذا كان الآخرين ينظرون إلي لحظتها.	ت	٨	٢١	١٩	١٢	١,٤٢	١,٠٠	.٩٦	٧,٣٣	٠,٠٦	٠,٣٨
	٪	٪١٣	٪٣٥	٪٣٢	٪٢٠						
٤- أشعر بزيادة كبيرة في ضربات القلب بشكل كبير عندما أتحدث أمام الآخرين.	ت	٩	١٨	١٩	١٤	١,٣٧	١,٠٠	١,٠١	٤,١٣	٠,٢٥	٠,٢٩
	٪	٪١٥	٪٣٠	٪٣٢	٪٢٣						
٥- أتجنب المشاركة في النقاشات بصوت مسموع.	ت	٩	١٩	١٩	١٣	١,٤٠	١,٠٠	.٩٩	٤,٨٠	٠,١٩	.٢٧
	٪	٪١٥	٪٣١,٧	٪٣١,٧	٪٢١,٧						
٦- من عادتي أخذ زمام المبادرة بالحديث مع من أعرف ومن لا أعرف من الأشخاص.	ت	١١	٢٤	٢	٢٣	١,٣٨	٢,٠٠	١,١٨	٢٣,٨٧	٠,٠٠	٠,٣٥
	٪	٪١٨	٪٤٠	٪٣	٪٣٨						
٧- أشعر بالارتباك عند وقوفي لوحدي في المواقف العامة مثل مواقف الباصات وإشارات المرور.	ت	٧	١٢	١٧	٢٤	١,٠٣	١,٠٠	١,٠٤	١٢,٠٠	٠,٠١	٠,٤٦
	٪	٪١٢	٪٢٠	٪٢٨	٪٤٠						
٨- أشعر بالرهبة من الأشخاص الذين هم في مراكز السلطة مثل رجل الأمن.	ت	١٤	١٢	٢٤	١٠	١,٥٠	١,٠٠	١,٠٣	٧,٧٣	٠,٠٥	٠,٣٧
	٪	٪٢٣	٪٢٠	٪٤٠	٪١٧						
٩- يتشتت ذهني وتصبح أفكاري مشوشة وغير مرتبة عندما أتحدث أمام الآخرين.	ت	١٠	١٧	٢٠	١٣	١,٤٠	١,٠٠	١,٠١	٤,٩٣	٠,١٨	٠,٣٢
	٪	٪١٧	٪٢٨	٪٣٣	٪٢٢						

العبـــــــارة		استجابة أفراد العينة				المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الاختبارات الإحصائية		
		يعبر عن حالتي تماما	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق				كا ٢ لحسن المطابقة: القيمة	الاحتمال	حجم التأثير
١٠- أشعر بالارتباك والحرج الشديد عندما لا يفسح لي الآخرون مكان للجلوس.	ت	١٠	٢٢	١٦	١٢	١,٥٠	٢,٠٠	١,٠٠	٦,٥٣	٠,٠٩	٠,٣١
	٪	٪١٦,٧	٪٣٦,٧	٪٢٦,٧	٪٢						
١١- أشعر بالسرور والارتياح عند مشاركتي في المناسبات العامة.	ت	١٣	٢٣	٢	٢٢	١,٤٥	٢,٠٠	١,٢٠	١٩,٠٧	٠,٠٠	٠,٢٤
	٪	٪٢٢	٪٣٨	٪٣	٪٣٧						
١٢- تزداد ضربات قلبي عندما أتخيل نفسي في موقف صدام مع أحد.	ت	١٣	٢٥	١٢	١٠	١,٦٨	٢,٠٠	١,٠٠	١٠,٩٣	٠,٠١	٠,٤١
	٪	٪٢٢	٪٤١	٪٢٠	٪١٧						
١٣- أشعر بحرج كبير في إعادة السلعة المعيبة إلى البائع.	ت	٤	٢٠	٢٥	١١	١,٢٨	١,٠٠	.٨٥	٢٠,٤٠	٠,٠٠	٠,٥٨
	٪	٪٧	٪٣٣	٪٤٢	٪١٨						
١٤- أشعر بالكآبة والحزن لأن الآخرين لاحظوا خوفي.	ت	١١	٢٣	١٦	١٠	١,٥٨	٢,٠٠	.٩٨	٨,٨٠	٠,٠٣	٠,٤١
	٪	٪١٨	٪٣٨	٪٢٧	٪١٧						
١٥- أتجنب إمامة المصلين في الصلوات الجهرية خوفاً من تغير نبرة صوتي.	ت	١٦	١٦	١٩	٩	١,٦٥	٢,٠٠	١,٠٤	٣,٧٣	٠,٢٩	٠,٢٦
	٪	٪٢٦,٧	٪٢٦,٧	٪٣١,٧	٪١٥						
١٦- أشعر بالارتباك والحرج عندما أتحدث هاتفياً في وجود الآخرين.	ت	١٠	٢١	١٤	١٥	١,٤٣	٢,٠٠	١,٠٥	٥,٧٣	٠,١٣	٠,٢٩
	٪	٪١٧	٪٣٥	٪٢٣	٪٢٥						
١٧- أتجنب الأكل والشرب في الأماكن العامة أمام الآخرين.	ت	٥	١٥	١٦	٢٤	١,٠٢	١,٠٠	١,٠٠	١٤,٨٠	٠,٠٠	٠,٥١
	٪	٪٨	٪٢٥	٪٢٧	٪٤٠						
١٨- أتجنب استخدام دورات المياه العامة في وجود الآخرين.	ت	٦	١٣	١٤	٢٧	.٩٧	١,٠٠	١,٠٤	١٦,٥٣	٠,٠٠	٠,٥٤
	٪	٪١٠	٪٢٢	٪٢٣	٪٤٥						
١٩- لا أجد مواضيع للحديث عندما أتكلم مع شخص لا أعرفه.	ت	٦	١٥	٢٧	١٢	١,٢٥	١,٠٠	.٨٩	١٥,٦٠	٠,٠٠	٠,٥٤
	٪	٪١٠	٪٢٥	٪٤٥	٪٢٠						
٢٠ - أعبر عن مشاعري تجاه الآخرين بلا تردد.	ت	٨	١٢	٣٢	٨	١,٣٣	١,٠٠	.٨٨	٢٦,٥٣	٠,٠٠	٠,٦٩
	٪	٪١٣	٪٢٠	٪٥٣	٪١٣						
٢١- أجد صعوبة كبيرة في المطالبة بحقوقي لدى الآخرين.	ت	٩	١٤	٢١	١٦	١,٢٧	١,٠٠	١,٠٢	٦,٦٧	٠,٠٨	٠,٣٤
	٪	٪١٥	٪٢٣	٪٣٥	٪٢٧						
٢٢- أشعر بالخوف من أن أعارض رأي الأغلبية.	ت	٧	٢٣	٢٠	١٠	١,٤٥	١,٥٠	.٩١	١٤,١٣	٠,٠٠	٠,٥١
	٪	٪١٢	٪٣٨	٪٣٣	٪١٧						
٢٣- أشعر بالحرج الشديد عندما يكون مظهري أقل من الآخرين.	ت	١٤	٢٢	١٩	٥	١,٧٥	٢,٠٠	.٩١	١١,٨٧	٠,٠١	٠,٤٦
	٪	٪٢٣	٪٣٧	٪٣٢	٪٨						
٢٤- أتجنب حرج مشاعر الآخرين لو جرحوا مشاعري.	ت	١١	١٥	٢٥	٩	١,٤٧	١,٠٠	.٩٦	١٠,٨٠	٠,٠١	٠,٤٥
	٪	٪١٨	٪٢٥	٪٤٢	٪١٥						
٢٥- أخجل من الخروج من المحل دون شراء شيء.	ت	٧	١٦	١٥	٢٢	١,١٣	١,٠٠	١,٠٥	٨,٨٠	٠,٠٣	٠,٣٩
	٪	٪١٢	٪٢٧	٪٢٥	٪٣٦						
٢٦- أعبر عن رفضي للمواقف التي لا تعجبني براحة مطلقة.	ت	١٣	٢٦	٠	٢١	١,٥٢	٢,٠٠	١,١٩	٤,٣٠	٠,١٢	٠,٢٥
	٪	٪٢٢	٪٤٣	٠	٪٣٥						

العبـــــــــارة		استجابة أفراد العينة				المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الاختبارات الإحصائية		
		يعبر عن حالتي تماما	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق				كا ٢ لحسن المطابقة		
									القيمة	الاحتمالية	حجم التأثير
٢٧- أشعر بالحرج من حمل المشتريات في الشارع.	ت	٤	١٥	١٣	٢٨	.٩٢	١,٠٠	١,٠٠	٢٢,٩٣	٠,٠٠	٠,٦٣
	٪	٦,٧٪	٢٥٪	٢١,٧٪	٤٦,٧٪						
٢٨- أبادر بزيارة الأصدقاء والأقارب باستمرار.	ت	١٨	٢١	١	١٩	١,٦٤	٢,٠٠	١,٢٣	١٧,٤١	٠,٠٠	٠,١٠
	٪	٣٠٪	٣٥٪	١,٧٪	٣١,٧٪						
٢٩- أتولى تنسيق المناسبات العائلية واستقبال الضيوف والعناية بهم.	ت	٢٥	١٦	٠	١٩	١,٧٨	٢,٠٠	١,٢٩	٢,١٠	٠,٣٥	٠,٢٣
	٪	٤١,٧٪	٢٦,٧٪	٠	٣١,٧٪						
٣٠- أفضل الجلوس في المنزل ومشاهدة التلفاز على الخروج.	ت	٩	١٥	٠	٣٦	.٩٥	.٠٠	١,٢١	٢٢,٩٠	٠,٠٠	٠,٦٩
	٪	١٥٪	٢٥٪	٠	٦٠						
٣١- أسأل عن الأشياء التي لا أعرفها دون تردد.	ت	١٢	٢٨	١	١٨	١,٥٨	٢,٠٠	١,١٣	٢٦,٩٠	٠,٠٠	٠,٣٨
	٪	٢٠,٣٪	٤٧,٥٪	١,٧٪	٣٠,٥٪						
٣٢- أجلس في صدر المجلس في الحفلات والمناسبات العامة باستمرار.	ت	٢٨	١٥	٠	١٧	١,٩٠	٢,٠٠	١,٢٧	٤,٩٠	٠,٠٩	٠,٣٤
	٪	٤٧٪	٢٥٪	٠	٢٨٪						
٣٣- أشعر بالارتباك والحرج عندما يسألني شخص عن شيء لا أعرفه.	ت	٩	١٦	٢٣	١٢	١,٣٧	١,٠٠	.٩٧	٧,٣٣	٠,٠٦	٠,٣٨
	٪	١٥٪	٢٧٪	٣٨٪	٢٠٪						
٣٤- أشعر أنني حساس جداً تجاه أي نقد أو تعليق.	ت	١٤	٢٢	١٨	٥	١,٧٦	٢,٠٠	.٩٢	١٠,٧٦	٠,٠١	٠,٤٤
	٪	٢٤٪	٣٧٪	٣١٪	٨٪						
٣٥- أجد صعوبة في الاعتذار عن تقديم خدمة لأحد.	ت	٧	٢٠	٢٣	١٠	١,٤٠	١,٠٠	.٩١	١٣,٧٣	٠,٠٠	٠,٥١
	٪	١٢٪	٣٣٪	٣٨٪	٣٨٪						
٣٦- أشعر بالحرج الشديد عندما يثني الآخرون على مظهري أو قدراتي.	ت	٦	٢٧	١٩	٨	١,٥٢	٢,٠٠	٨٥	٢١,٢٠	٠,٠٠	٠,٦٢
	٪	١٠٪	٤٥٪	٣٢٪	١٣٪						
٣٧- أحرص على اصطحاب صديق عند ذهابي للمناسبات العامة.	ت	١٣	١٤	٢٧	٦	١,٥٧	١,٠٠	.٩٥	١٥,٣٣	٠,٠٠	٠,٥٢
	٪	٢٢٪	٢٣٪	٤٥٪	١٠٪						
٣٨- أشعر بضيقة في الصدر ورغبة قوية في الانصراف أثناء جلوسي في المناسبات العامة.	ت	١٢	١٦	١٩	١٣	١,٤٥	١,٠٠	١,٠٥	٢,٦٧	٠,٤٥	.٢٤
	٪	٢٠٪	٢٧٪	٣١٪	٢٢٪						
المتوسط الحسابي العام (١,٣٩) بنسبة مئوية (٤٦,٣٣٪)											

❖ العبارات (٦ ، ١١ ، ٢٠ ، ٢٦ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣١) عبارات إيجابية ينعكس فيها المقياس .

وباستعراض النتائج السابقة نجد أن أعلى الاستجابات كانت كالتالي :

١- العبارة رقم (٣٢) " أجلس في صدر المجلس في الحفلات والمناسبات باستمرار " بمتوسط (١,٩٠) وتمثل نسبة (٦٣٪) وهي نسبة مرتفعة ، وهذه العبارة إحدى العبارات الإيجابية المتوقع أن تسجل نسبة عالية ،

لأن مجتمع الدراسة من الأفراد العاديين وليسوا ضمن المصنفين كمرضى باضطرابات القلق.

٢- العبارة رقم (٢٣) " أشعر بالحرج الشديد عندما يكون مظهري أقل من الآخرين " بمتوسط (١,٧٥) وتمثل نسبة (٥٨,٣٣) وهذه النتيجة تؤكد ما سبق ذكره في أدبيات الدراسة من أن من أهم المعالم الملازمة للرهاب الاجتماعي الحساسية الشديدة والمراقبة الزائدة للنفس ، حيث يعتقد الفرد أنه موضع تدقيق وفحص من قبل الآخرين ومن ثم الحكم عليه سلباً .

٣- العبارة رقم (٣٤) " أشعر أنني حساس جداً تجاه أي نقد أو تعليق " بمتوسط (١,٧٦) وتمثل نسبة (٥٨٪) تقريباً ، وهي نسبة مرتفعة قليلاً ، وهذه النتيجة تدعم ما سبق ذكره في أدبيات الدراسة من أهم المعالم اللازمة لاضطراب الرهاب الاجتماعي الحساسية الزائدة تجاه النقد أو التقويم السلبي .

أما أقل الاستجابات فقد كانت على النحو التالي :

١- العبارة رقم (١٨) " أتجنب استخدام دورات المياه العامة في وجود الآخرين " بمتوسط (٠,٩٧) وتمثل نسبة (٣٢,٣٣٪) وهي نسبة منخفضة ، ونعزوا ذلك إلى أن هذه العبارة لا تتطلب الأداء الاجتماعي أمام الآخرين بمعنى أن المبحوث في هذه الحالة لن يكون موضع ملاحظة أو تدقيق من قبل الآخرين .

٢- العبارة رقم (٢٧) " أشعر بالحرج من حمل المشتريات في الشارع " بمتوسط (٠,٩٢) وتمثل نسبة (٣٠,٦٦٪) وهي نسبة منخفضة ، وهذه العبارة كسابقتها لا تتطلب أداءً اجتماعياً يكون العميل تحت مجهر الآخرين ، كما أن هذه العبارة تدل على مستوى متقدم من الرهاب الاجتماعي ، فهي تنم عن تأخر الحالة المرضية إلى درجة مرتفعة جداً من الرهاب الاجتماعي .

٣- العبارة رقم (١٧) " أتجنب الأكل والشرب في الأماكن العامة أمام الآخرين ، بمتوسط (١,٠٢) وتمثل نسبة (٣٤٪) وهي نسبة منخفضة ويمكن أن نعزوا ذلك إلى أن هذه الحالة لا تتطلب أداءً أمام الآخرين بشكل واضح كارتجال الكلمات أو التحدث في جمع من الناس بصوت مسموع ، فالأكل والشرب في الأماكن العامة وضمن جموع الناس ليس من الحالات التي يتم تسليط الأضواء على الفرد .

وقد سجلت درجة الرهاب الاجتماعي عند مدمني الحشيش متوسط حسابي قدره (١,٣٩) وتمثل نسبة (٤٦,٣٣٪) .

وبالرغم من أن المتوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من مدمني الحشيش لمقياس الرهاب الاجتماعي سجل أقل من المتوسط إلا أن النسبة المئوية (٤٦,٣٣٪) نسبة ليست بالمنخفضة ، خاصة وأن هذه الدراسة تم إجراءها على أفراد من غير المصنفين كمرضى بالاضطرابات النفسية عدى الإدمان على الحشيش ، فهذه الدراسة تختلف عن الدراسات الغربية التي أجريت في مصحات نفسية لعلاج اضطرابات القلق على أفراد مصنفين بأنهم يعانون من اضطرابات نفسية ويترددون على العيادة النفسية للعلاج ودرست علاقة ذلك بتعاطي الكحول والمخدرات بوجه عام.

كما أن هذه النسبة تتوافق مع نتائج (Bisserbe et al., 1996) التي أشارت إلى أن ٣٢٪ من المرضى بالرهاب الاجتماعي استخدموا الحشيش كمرادف للأدوية المزيلة للقلق .

ثالثاً : النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث :

ينص التساؤل الثالث على ما يلي :

" هل توجد فروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المسكرات ومدمني الحشيش؟ "

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام الاختبار الإحصائي T-test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينين من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش على مقياس الرهاب الاجتماعي . والجدول التالي رقم (١٣) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (١٣)

نتائج اختبار " ت " لدلالة الفروق بين متوسط درجات مدمني المسكرات ومتوسط درجات مدمني الحشيش على مقياس الرهاب الاجتماعي

نوع العينة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
مدمني المسكرات	٦٠	١,٤٠	٠,٥٦	٠,٧٧	٠,٧٨٢
مدمني الحشيش	٦٠	١,٣٩	٠,٥٥		

تظهر بيانات الجدول رقم (١٣) المتعلق باختيار (ت) لإيجاد الفروق بين مدمني المسكرات والحشيش في درجة الرهاب الاجتماعي أن قيمة (ف) تساوي (٠,٧٧) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند أي من مسويات الدلالة الإحصائية المتعارف عليها في البحوث النفسية والاجتماعية ، فقد كانت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٧٨٢) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (٠,٠١) مما يشير بوضوح إلى أنه لا توجد فروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين المبحوثين من مدمني المسكرات والحشيش ، وربما يعزى ذلك إلى أن المبحوثين في المجموعتين ينتمون إلى مجتمع واحد تحكمه معايير ثقافية وتربوية واحدة ، إضافة إلى ما سابق الإشارة إليه في نتيجة المتغيرات الشخصية لكلا المبحوثين من مدمني المسكرات والحشيش فيما يتعلق بالعمر ومستوى التعليم والدخل والحالة الاجتماعية التي أعطت نتائج متقاربة إلى حد كبير . بالإضافة إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لمدمني المسكرات والحشيش كانت متقاربة بشكل كبير.

رابعاً : النتائج المتعلقة بالتساؤل الرابع :

ينص التساؤل على ما يلي :

" **هل يختلف الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات باختلاف المتغيرات الشخصية ؟** "

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه One-way analysis of Uariance لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مدمني المسكرات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفقاً للمتغيرات الشخصية المتمثلة في العمر والحالة الاجتماعية ، والمستوى التعليمي ، ومستوى الدخل. والجدول التالي رقم (١٤) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (١٤)

نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مدمني المسكرات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفقاً لمتغيراتهم الشخصية

نوع المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	٠,٢٢٩	٥	٤,٥٨٦	٠,١٧٨	٠,٩٧٠
	داخل المجموعات	١٣,٨٧٩	٥٤	٠,٢٥٧		
	المجموع	١٤,١٠٨	٥٩			
الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٠,١١٣	١	٠,١١٣	٠,٣٩٣	٠,٥٣٣
	داخل المجموعات	١٦,٣٢٦	٥٧	٠,٢٨٦		
	المجموع	١٦,٤٣٩	٥٨			
المستوى التعليمي	بين المجموعات	٢,١٧٠	٤	٠,٥٤٣	١,٨٢١	٠,١٣٨
	داخل المجموعات	١٦,٠٩٠	٥٤	٠,٢٩٨		
	المجموع	١٨,٢٦٠	٥٨			
مستوى الدخل	بين المجموعات	٢,٥٠٧	٤	٠,٦٢٧	٢,١٣٩	٠,٠٨٩
	داخل المجموعات	١٥,٨٢٤	٥٤	٠,٢٩٣		
	المجموع	١٨,٣٣١	٥٨			

تظهر بيانات لجدول رقم (١٤) المتعلق بالتعرف على مدى اختلاف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمن المسكرات باختلاف المتغيرات الشخصية لهم (العمر – الحالة الاجتماعية – مستوى التعليم – مستوى

الدخل) أن قيمة (ف) فيما يتعلق بالعمر تساوي (٠,١٧٨) في حين بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٩٤٧). وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير بوضوح إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف لدى مدمني المسكرات باختلاف العمر .

كما أظهرت نتائج الجدول أن قيمة (ف) فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية تساوي (٠,٣٩٣) في حين بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٥٣٣) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير بوضوح إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف لدى مدمني المسكرات باختلاف الحالة الاجتماعية.

وأظهرت نتائج الجدول أن قيمة (ف) فيما يتعلق بالمستوى التعليمي تساوي (١,٨٢١) في حين بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,١٣٨) هي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير بوضوح إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف لدى مدمني المسكرات باختلاف مستوى التعليم.

كما أظهرت نتائج الجدول أن قيمة (ف) فيما يتعلق بمستوى الدخل تساوي (٢,١٣٩) في حين بلغت مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٨٩) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير إلى أنه لا توجد اختلافات في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المسكرات باختلاف مستوى الدخل.

وتشير مجمل نتيجة الجدول السابق أنه لا يوجد اختلاف في درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات باختلاف المتغيرات الشخصية لهم وهي نتيجة طبيعية ومنطقية فالرهاب الاجتماعي اضطراب نفسي مثله مثل الكثير من الأمراض النفسية والبدنية التي لا يمكن نعزوها إلى متغير شخصي معين فهي تصيب المتعلم وغير المتعلم والمتزوج وغير المتزوج وأصحاب الدخول المرتفعة والمنخفضة ، فهو اضطراب يبدأ عادة في أواخر مرحلة

المراهقة وينتشر بين الناس بمختلف أشكالهم ومتغيراتهم، وقد حاول العلماء كشف أغوار هذا الاضطراب ومعرفة مسبباته فعزاه البعض إلى الرغبات الليبيدية (الغريزية) المكبوتة في مرحلة الطفولة كما عند التحليليين وعزاه البعض الآخر إلى الإشراط كما عند السلوكيين أو إلى طريقة التفكير الخاطئ كما عند المعرفيين أولى اضطراب التكوين البدني كما عند البيولوجيين أولى التنشئة الاجتماعية والعوامل الثقافية كما عند الاجتماعيين .

خامساً : النتائج المتعلقة بالتساؤل الخامس :

ينص التساؤل الخامس على ما يلي :

" هل يختلف الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش باختلاف المتغيرات الشخصية ؟ "

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه One-way analysis of Uariance لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مدمني الحشيش على مقياس الرهاب الاجتماعي وفقاً للمتغيرات الشخصية المتمثلة في العمر والحالة الاجتماعية ، والمستوى التعليمي ، ومستوى الدخل. والجدول التالي رقم (١٤) يوضح النتائج المتعلقة بذلك .

جدول رقم (١٤)

نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مدمني الحشيش على مقياس الرهاب الاجتماعي وفقاً لمتغيراتهم الشخصية

نوع المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	٢,١٥٤	١٠	٢١,٤	٠,٨٧٨	٠,٥٥٩
	داخل المجموعات	١١,٩٦٣	٤٩	٢٤,٤		
	المجموع	١٤,١٠٨	٥٩			
الحالة الاجتماعية	بين المجموعات	٠,٨٨١	١	٠,٤٤٠	١,٨٩٦	٠,١٥٩
	داخل المجموعات	١٣,٢٢٨	٥٧	٠,٢٣٢		
	المجموع	١٤,١٠٩	٥٨			
المستوى التعليمي	بين المجموعات	٠,٧٥٧	٣	٠,٢٥٢	١,٠٥٩	٠,٣٧٤
	داخل المجموعات	١٣,٣٥١	٥٦	٠,٢٣٨		
	المجموع	١٤,١٠٨	٥٩			
مستوى الدخل	بين المجموعات	١,١٥٦	٥	٠,٢٣١	٠,٩٦٤	٠,٤٤٨
	داخل المجموعات	١٢,٩٥٢	٥٤	٠,٢٤٠		
	المجموع	١٤,١٠٨	٥٩			

تظهر بيانات الجدول رقم (١٤) المتعلق بالتعرف على مدى اختلاف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش باختلاف المتغيرات الشخصية لهم (العمر – الحالة الاجتماعية – مستوى التعليم – مستوى الدخل) أن قيمة

(ف) فيما يتعلق بالعمر تساوي (٠,١٧٨) في حين بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٩٤٧) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف بين مدمني الحشيش باختلاف العمر.

كما أظهرت نتائج الجدول أن قيمة (ف) فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية تساوي (١,٨٩٧) في حين بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,١٥٩) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف بين مدمني الحشيش باختلاف الحالة الاجتماعية .

كما أظهرت نتائج الجدول أن قيمة (ف) فيما يتعلق بمستوى التعليم تساوي (١,٠٥٩) في حين بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٣٧٤) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير بوضوح إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف بين مدمني الحشيش باختلاف المستوى التعليمي.

كما أظهرت نتائج الجدول أن قيمة (ف) فيما يتعلق بمستوى الدخل تساوي (٠,٩٦٤) في حين بلغت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٤٤٨) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف بين مدمني الحشيش باختلاف مستوى الدخل.

وتشير مجمل نتيجة الجدول إلى أنه لا توجد اختلافات في درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش باختلاف متغيراتهم الشخصية (العمر – الحالة الاجتماعية – مستوى التعليم – مستوى الدخل) ، ويعزى ذلك إلى ما سبق ذكره إلى أن الرهاب الاجتماعي اضطراب نفسي ينتشر بين الناس بمختلف فئاتهم ومستوياتهم ولا يمكن أن نعزوه إلى التعليم أو

الدخل أو الحالة الاجتماعية شأنه في ذلك شأن أغلب الاضطرابات البدنية والنفسية التي يصاب بها الإنسان .

وتختلف أسباب الرهاب الاجتماعي باختلاف مدارس علم النفس (السيكاترية – التحليلية – السلوكية المعرفية – الاجتماعية) إلا أن الباحث يرجح طرح المدرسة الاجتماعية من أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب يعود إلى الأسلوب الخاطئ في التنشئة الاجتماعية خاصة وأن المجتمع السعودي عانى من هذه المعضلة الخطيرة التي تتعلق بعدم احترام الأطفال وصغار الشباب والمراهقين وطردهم من مجالس الرجال وتحقيرهم أمام الآخرين .

سادساً : النتائج المتعلقة بالتساؤل السادس :

ينص التساؤل السادس على ما يلي :

" هل الرهاب الاجتماعي سبباً لتعاطي الكحول لدى أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات "

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية إضافة إلى تحليل الانحدار للتعرف على مدى كون الرهاب الاجتماعي سبباً في الدفع نحو تعاطي المسكرات . والجدولين التاليين (١٦) و (١٧) يوضحان النتائج المتعلقة بالإجابة على هذا التساؤل.

جدول رقم (١٦)

التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات على مقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي المسكرات

العبـــــــــارة		مدى الموافقة: يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق	المجموع	الوسيط	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١- ساعدني شرب المسكر في التغلب على الخوف عند مقابلة الآخرين .	ت	٢٣	١٣	٢١	٣	٦٠	.٢	١,٩٣	٠,٩٧
	٪	٪٣٨	٪٢٢	٪٣٥	٪٥	٪١٠٠			
أخبرني صديق أن شرب المسكر يساعد في التغلب على الخوف .	ت	١٨	١٠	٢٢	١٠	٦٠	.١	١,٦٠	١,٠٩
	٪	٪٣٠	٪١٦,٧	٪٣٦,٧	٪١٦,٧	٪١٠٠			
٣- اكتشفت أن شرب المسكر يساعد في التغلب على الخوف من خلال التجربة الشخصية.	ت	١٩	١٤	٢٦	١	٦٠	.٢	١,٨٥	٠,٩٠
	٪	٪٣٢	٪٢٣	٪٤٣,٣	٪١,٧	٪١٠			
٤- يتبادر شرب المسكر إلى ذهني عندما أعلم أن هناك مناسبة يجب حضورها.	ت	١٣	١٢	١٩	١٦	٦٠	.١	١,٣٧	١,١٠
	٪	٪٢١,٧	٪٢٠	٪٣١,٧	٪٢٦,٧	٪١٠٠			
٥- أشعر أنني لن أواجه الآخرين بشكل مرضي دون شرب المسكرات .	ت	١٢	١٥	٢٢	١١	٦٠	.١	١,٤٧	١,٠٢
	٪	٪٢٠	٪٢٥	٪٣٧	٪١٨	٪١٠٠			
٦- أشعر بقدرة على التواصل مع الآخرين بعد شراب المسكر .	ت	١٦	١٨	٢٢	٤	٦٠	.٢	١,٧٧	٠,٩٣
	٪	٪٢٦,٧	٪٣٠	٪٣٦,٧	٪٦,٧	٪١٠٠			
٧- تزداد ثقتي بنفسي عندما أشرب المسكر.	ت	١٩	١٦	٢٣	٢	٦٠	.٢	١,٨٧	٠,٩١
	٪	٪٣٢	٪٢٧	٪٣٨	٪٣	٪١٠٠			
٨- أستطيع ارتجال كلمة أمام الآخرين بعد شرب المسكر .	ت	١٥	٥	٢٧	١٣	٦٠	.١	١,٣٧	١,٠٩
	٪	٪٢٥	٪٨	٪٤٥	٪٢١	٪١٠٠			
٩- لا يزعجني أن أكون محط أنظار الآخرين بعد شراب المسكر .	ت	١١	١٦	٢٦	٧	٦٠	.١	١,٥٢	٠,٩٣
	٪	٪١٨	٪٢٧	٪٤٣	٪١٢	٪١٠٠			
١٠- أتجنب الذهاب إلى المناسبات إذا لم أجد المسكر .	ت	٩	٦	٢٧	١٨	٦٠	.١	١,١٠	٠,٠١
	٪	٪١٥	٪١٠	٪٤٥	٪٣٠	٪١٠٠			
١١- تزول مظاهر الرهبة بعد أن أشرب المسكر .	ت	١٣	١٧	٢٥	٥	٦٠	١,٥٠	١,٦٣	٠,٩٢
	٪	٪٢٢	٪٢٨	٪٤٢	٪٨	٪١٠٠			
١٢- أبادر بالحديث مع الآخرين عندما أكون شارباً للمسكر .	ت	١٩	١٣	٢٦	٢	٦٠	.٢	١,٨٢	٠,٩٣
	٪	٪٣٢	٪٢٢	٪٤٣	٪٣				

وباستعراض الجدول السابق نجد أعلى نسبة من استجابات المبحوثين كانت على النحو التالي :

١- العبارة رقم (١) " ساعدني شرب المسكر في التغلب على الخوف عند مقابلة الآخرين " بمتوسط (١,٩٣) وتمثل نسبة (٦٥٪) .

٢- العبارة رقم (٧) " تزداد ثقتي بنفسي عندما أكون شارباً للمسكر " بمتوسط (١,٨٧) وتمثل نسبة ٦٣٪.

٣- العبارة رقم (٣) " اكتشفت أن شرب المسكر يساعد في التغلب على الخوف من خلال التجربة الشخصية " بمتوسط (١,٨٥) وتمثل نسبة (٦٢٪) .

وقد تم إجراء اختبار إحصائي (تحليل الانحدار Regression) لبيان مدى كون الرهاب الاجتماعي سبباً في الدفع نحو تعاطي المسكرات وفق الجدول التالي :

جدول رقم (١٧)

النموذج Model	مجموع المربعات Sum of Squar	درجة الحرية df	متوسط المربعات Mean Squar	قيمة "ف" F	مستوى الدلالة Sig
Regression	٢٢,١٧٧	١	٢٢,١٧٧	٨٩,١٠٨	٠,٠٠
Residual	١٤,٤٣٥	٥٨	٠,٢٤٩		
المجموع Total	٣٦,٦١٢	٥٩			

تظهر بيانات الجدول أن قيمة (ف) تساوي (٨٩,١٠٨) في حين بلغت بمستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٠) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير بوضوح إلى أن هناك دور للرهاب الاجتماعي في الدفع نحو تعاطي المسكرات .

وهو ما يتوافق مع دراسات (Vanameringen, et, al, 1991) (Merilcangs & Angst, 1995) و (Chartie, et al, 2001) و (Schade, et al, 2004) التي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الرهاب الاجتماعي وإدمان الكحول .

سابعاً : النتائج المتعلقة بالتساؤل السابع :

ينص التساؤل السابع على ما يلي :

" هل الرهاب الاجتماعي سبباً لتعاطي الحشيش لدى أفراد عينة الدراسة من مدمني الحشيش "

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية إضافة إلى تحليل الانحدار للتعرف على مدى

كون الرهاب الاجتماعي سبباً في الدفع نحو تعاطي الحشيش . والجدولين التاليين (١٨) و (١٩) يوضحان النتائج المتعلقة بالإجابة على هذا التساؤل.

جدول رقم (١٨)

التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة من مدمني الحشيش على مقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي الحشيش

العبـــــــــارة		مدى الموافقة				المجموع	الوسيط	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
		يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق				
١- ساعدني تعاطي الحشيش في التغلب على الخوف عند مقابلة الآخرين .	ت	٩	١٩	١٩	١٣	٦٠	.١	١,٤٠	٠,٩٩
	٪	١٥٪	٣١,٧٪	٣١,٧٪	٢١,٧٪	١٠٠٪			
أخبرني صديق أن تعاطي الحشيش يساعد في التغلب على الخوف .	ت	١٥	١٦	١٤	١٥	٦٠	.٢	١,٥٢٪	١,١٣
	٪	٢٥٪	٢٦,٧٪	٢٣,٣٪	٢٥٪	١٠٠٪			
٣- اكتشفت أن تعاطي الحشيش يساعد في التغلب على الخوف من خلال التجربة الشخصية.	ت	٩	١٧	٢٢	١٢	٦٠	.١	١,٣٨	٠,٩٨
	٪	١٥٪	٢٨,٣٪	٣٦,٧٪	٢٠٪	١٠٠٪			
٤- يتبادر تعاطي الحشيش إلى ذهني عندما أعلم أن هناك مناسبة يجب حضورها.	ت	١٠	١٦	١٥	١٩	٦٠	.١	١,٢٨	١,٠٩
	٪	١٦,٧٪	٢٦,٧٪	٢٥٪	٣١,٧٪	١٠٠٪			
٥- أشعر أنني لن أواجه الآخرين بشكل مرضي دون تعاطي الحشيش.	ت	١٢	١٥	١٧	١٦	٦٠	.١	١,٣٨	١,٠٩
	٪	٢٠٪	٢٥٪	٢٨,٣٪	٢٦,٧٪	١٠٠٪			
٦- أشعر بقدرة على التواصل مع الآخرين بعد تعاطي الحشيش.	ت	١١	٢٢	١٢	١٥	٦٠	.٢	١,٤٨٪	١,٠٧
	٪	١٨,٣٪	٣٦,٧٪	٢٠٪	٢٥٪	١٠٠٪			
٧- تزداد ثقتي بنفسي عند تعاطي الحشيش.	ت	٨	٢١	١٧	١٣	٥٩	.١	١,٤١	٠,٩٨
	٪	١٣,٦٪	٣٥,٦٪	٢٨,٨٪	٢٢٪	٩٨,٣٪			
٨- أستطيع ارتجال كلمة أمام الآخرين بعد تعاطي الحشيش.	ت	٧	٩	١٩	٢٥	٦٠	.١	.٩٧	١,٠٢
	٪	١١,٧٪	١٥٪	٣١,٧٪	٤١,٧٪	١٠٠٪			
٩- لا يزعجني أن أكون محط أنظار الآخرين بعد تعاطي الحشيش .	ت	٦	٢٠	١٥	١٩	٦٠	.١	١,٢٢	١,٠١
	٪	١٠٪	٣٣٪	٢٥٪	٣٢٪	١٠٠٪			
١٠- أتجنب الذهاب إلى المناسبات إذا لم أجد الحشيش.	ت	٦	١٤	١٦	٢٤	٦٠	.١	١,٠٣	١,٠٢
	٪	١٠٪	٢٣٪	٢٧٪	٤٠٪	١٠٠٪			
١١- تزول مظاهر الرهبة بعد أن أتعاطي الحشيش .	ت	١١	١٧	١٧	١٥	٦٠	.١	١,٤٠	١,٠٦
	٪	١٨,٣٪	٢٨,٣٪	٢٨,٣٪	٢٥٪	١٠٠٪			
١٢- أبادر بالحديث مع الآخرين عندما أكون متعاطياً للحشيش.	ت	١٣	١٦	١٥	١٦	٦٠	.١	١,٤٣	١,١١
	٪	٢١,٧٪	٢٦,٧٪	٢٥٪	٢٦,٧٪	١٠٠٪			

وباستعراض الجدول السابق نجد أن أعلى نسبة من استجابات المبحوثين كانت على النحو التالي :

1- العبارة رقم (٢) " أخبرني صديق أن تعاطي الحشيش يساعد في التغلب على الخوف " بمتوسط (١,٥٢) وتمثل نسبة (٥١٪) .
2- العبارة رقم (٦) " أشعر بقدرة على التواصل مع الآخرين بعد تعاطي الحشيش " بمتوسط (١,٤٨) ويمثل نسبة (٤٩,٣٣) .

وقد تم إجراء اختبار إحصائي (تحليل الانحدار Regression) لهذا المحور وفق الجدول التالي:

جدول رقم (١٩)

مستوى الدلالة Sig	قيمة "ف" F	متوسط المربعات Mean Squar	درجة الحرية df	مجموع المربعات Sum of Squar	النموذج Model
٠,٠٠	٩٠,٩٩٧	٢٨,٢٨١	١	٢٨,٢٨١	Regression
		٠,٣١١	٥٨	١٨,٠٢٦	Residual
			٥٩	٤٦,٣٠٧	المجموع Total

تظهر نتائج الجدول أن قيمة (ف) تساوي (٩,٩٩٧) في حين بلغت نسبة الدلالة الإحصائية (٠,٠٠) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) مما يشير بوضوح إلى أن هناك دور للرهاب الاجتماعي في الدفع نحو تعاطي الحشيش ، وهو ما يوافق دراسة (Bisserbe, et, al, 1996) ودراسة (Lynskey, et al, 2004) التي خلصت إلى أن الكثير من المصابين بالرهاب الاجتماعي يلجئون إلى تعاطي الحشيش لمساعدتهم في التغلب على أعراض القلق التي تظهر عليهم في المواقف الاجتماعية.

الفصـــل السادس
تفـــسير النتـــائج والتوصـــيات

الفصل السادس
تفسير النتائج والتوصيات

يتناول فصل تفسير النتائج والتوصيات ، تفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة ، وأهم التوصيات التي تقترحها الدراسة.

أولاً : تفسير النتائج :

لقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج تمثلت في الآتي :

١- تبين أن المتوسط الحسابي للمحور الأول المتعلق بدرجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات قد بلغ (١,٤٠) بنسبة قدرها (٤٦,٦٦٪) وهي استجابة مرتفعة إذا قسناها بالنسبة المئوية .

وأن متوسط درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش قد بلغ (١,٣٩) بنسبة (٤٦,٣٣٪) وهي نسبة مرتفعة أيضاً .

٢- اتضح عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين المبحوثين من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش. ويعزى ذلك لوحدة البيئة الاجتماعية والثقافية والتشابه الكبير في المتغيرات الشخصية للمجموعتين .

٣- تبين أن الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات لا يختلف باختلاف المتغيرات الشخصية المتمثلة في (العمر – الحالة الاجتماعية – المؤهل التعليمي – مستوى الدخل) ، وذلك عائد إلى أن الرهاب الاجتماعي اضطراب نفسي يبدأ غالباً في أواخر مرحلة المراهقة ويعزى إلى أسباب بيولوجية وسلوكية ومعرفية واجتماعية ، ولا تلعب المتغيرات الشخصية دوراً كبيراً في تحديد درجته فالأفراد بمختلف شرائحهم معرضين للإصابة شأنه شأن غيره من الأمراض النفسية والبدنية .

٤- تبين أن الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش لا يختلف باختلاف المتغيرات الشخصية لهم (العمر – الحالة الاجتماعية – مستوى التعليم – مستوى الدخل) ويعزى ذلك على ما سبق ذكره في النتيجة السابقة رقم (٥) .

٥- اتضح وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المسكرات والحشيش بين المبحوثين الأمر الذي يدعم ما ورد في أدبيات الدراسة وما ورد في الدراسات الأجنبية السابقة .

ثانياً : التوصيات :

من خلال نتائج الدراسة الحالية والتي تم عرضها في هذا الفصل ، ومن خلال خبرة الباحث العملية يقدم الباحث التوصيات التالية:

١- التأكيد على أن يقوم مجمع الأمل للصحة النفسية بفحص الاضطرابات النفسية كالرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش والمسكرات والعلاقة بينهما عند دخول النزيل لكي يتم أخذ ذلك في الاعتبار عند محاولة وضع البرامج العلاجية لمدمني المسكرات والحشيش .

٢- إعادة النظر في البرامج العلاجية الحالية لإدمان الحشيش والمسكرات المتبعة في مجمع الرياض للصحة النفسية.

٣- حث مكاتب الرعاية اللاحقة في مجمع الأمل للصحة النفسية أو الإدارة العامة للمخدرات أو الجمعيات الأهلية على وضع برامج لمتابعة الحالات بعد الخروج من مجمع الأمل بما يحد من العودة للإدمان .

٤- إنشاء أقسام داخل مجمع الأمل للعناية بأسرة النزيل الذي يتعافى من الإدمان طوال فترة وجوده داخل المجمع .

توصيات عامة :

١- ضرورة استحداث مكاتب خاصة بالرعاية النفسية داخل أقسام الشرطة، وتعيين الأخصائيين النفسيين فيها .

٢- تفعيل أدوار مكاتب الرعاية النفسية والأخصائيين النفسيين في دور التوقيف العام كالسجون والإصلاحيات ودور الملاحظة الاجتماعية .

٣- عقد الدورات للمحققين وضباط أقسام الشرطة والقضاة لتوضيح علاقة الاضطرابات النفسية بالسلوك بوجه عام، وبالسلوك غير السوي على وجه الخصوص.

٤- توزيع الدراسات والكتب والنشرات الدورية المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالإدمان على المختصين بصفة دورية.

٥- تبصير كلاً من الأسرة والمدرسة بالدور الكبير الذي تلعبه التنشئة الاجتماعية في خلق هذا الاضطراب ، وخلق جو من التعاون بين هاتين المؤسستين.

٦- حث المؤسسات التعليمية على عقد المحاضرات التي تشرح للطلاب خاصة طلاب المرحلة الثانوية طبيعة اضطراب الرهاب الاجتماعي وكيفية علاجه بالطرق العلمية السليمة ، والخطورة الكبيرة لتعاطي المسكرات والحشيش والآثار المدمرة التي تنتج عن إدمانهما.

٧- حث المدرسين والمرشدين الطلابيين والأخصائيين الاجتماعيين في المدارس على تلمس حالات الرهاب بين الطلاب واتخاذ الإجراءات السليمة لمساعدة الطالب على مواجهة هذا الاضطراب بمشاركة من أسرة الطالب .

٨- الاهتمام بدور وسائل الإعلام في نشر الوعي بين الشباب بطبيعة اضطراب الرهاب الاجتماعي وأسبابه وطرق علاجه وتسليط الضوء على الخطورة الفادحة لما يقدم عليه بعض الشباب من علاج هذا الاضطراب بتعاطي المخدرات والمسكرات .

المراجــع

أولاً : المراجع العربية :

١- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٩٤م): العلاج السلوكي المعرفي الحديث، القاهرة ، دار الفجر للنشر .

٢- إبـراهيم ، عبـد الـستار (١٩٩٨م) : علـم الـنفس الإكلينيكـي ، الرياض ، دار المريخ .

٣- أبـو الـروس ، أحمـد (٢٠٠٣م) : مـشكلة المخـدرات والإدمـان ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية.

٤- أحمـد ، إبـراهيم (بـدون تـاريخ) : الحـشيش والـسلطة ، شـركة الربيعان للنشر ، الكويت.

٥- أحمد ، سهير (١٩٩٣م) : الصحة النفسية والتوافق ، الإسـكندرية، ركن الإسكندرية للكتاب .

٦- أدلر ، الفرد (١٩٩٦م): العصاب - بحث في علم النفس ، ترجمة (أحمد الرفاعي طاهر) ، بيروت ، مكتبة الهلال .

٧- أرنـاؤوط ، محمـد (١٩٩٢م) : المخـدرات والمـسكرات بـين الطـب والقرآن والسنة . دار الجبل . بيروت.

٨- أندريه ، لوغال (١٩٩٩م) : القلق والحصر ، دار البشاير ، دمشق.

٩- البـار ، محمـد (١٣٩٨هـ) : الخمـر بـين الطـب والفقـه ، جـده ، دار الشروق .

١٠- البـار ، محمـد (١٩٨٨م): المخـدرات الخطـر الـداهم ، بيروت ، دار العلوم .

١١- البخاري ، محمد بن إسماعيل (بدون تاريخ) : صحيح البخـاري ، بيروت ، عالم الكتب .

١٢- البستاني ، بطرس (بدون تاريخ) : القاموس المحيط ، بيروت ، مكتبة البيان .
١٣- بسيوني ، مدحت (١٤٢٣هـ) : الرهاب الاجتماعي في المنطقة الجنوبية في المملكة ، جريدة الوطن السعودية ، العدد (٦٣٩) ، أبها.
١٤- بوكستين (٢٠٠٠م): إدمان المراهقين ، ترجمة (خالد الفخراني) ، القاهرة ، دار الحضارة .
١٥- الترمذي ، محمد بن عيسى (بدون تاريخ) : سنن الترمذي ، بيروت، دار الفكر.
١٦- جبل ، فوزي (٢٠٠٠م) : الصحة النفسية وسيكيولوجية الشخصية، الإسكندرية ، المكتبة الجامعية .
١٧- الحارثي ، عبد العزيز (١٩٩٩م) : فاعلية العلاج النفسي السلوكي في علاج حالات الإدمان الكحولي (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة أم القرى .
١٨- الحبيب ، طارق (١٩٩٩م) : مجلة المعرفة ، الرياض .
١٩- الحمد ، عبد الرازق (١٤٢٤هـ) : الرهاب الاجتماعي ، موقع قوقل للبحث بالإنترنت www.googel.com.
٢٠- الدسوقي ، كمال (١٩٨٧م) : علم الأمراض النفسية ، بيروت ، دار النهضة العربية .
٢١- الدعجاني ، محمد (١٤١٧هـ): أثر استعمال العلاج النفسي السلوكي المعرفي في معالجة مرض ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية.
٢٢- دعيبس ، محمد (١٩٩٤م) : الإدمان بين التجريم والمرض ، دار المعارف ، الإسكندرية.

٢٣- راسخ ، إبراهيم (١٩٩٨م) : المخدرات وكيفية مواجهتها ، دبي ، دار البيان .

٢٤- الرشيدي ، بشير (٢٠٠١م) : سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، الكويت ، الديوان الأميري.

٢٥- الزراد ، فيصل (١٩٨٤م) : علاج الأمراض النفسية ، بيروت ، دار العلم للملايين .

٢٦- الزراد ، فيصل (١٩٨٤م) : علاج الأمراض النفسية ، دار العلم للملايين ، بيروت .

٢٧- زهران ، حامد (١٩٨٧م): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب .

٢٨- السجستاني ، سليمان (بدون تاريخ) : سنن أبو داود ، تحقيق محمد محي الدين (١٩٩٥م) صيدا ، المكتبة العصرية .

٢٩- سلطان ، حنان عيسى ، والعبيدي غانم (١٩٨٤م) : أساليب البحث العلمي بين النظرية والتطبيق ، دار العلوم ، الرياض .

٣٠- سويف ، مصطفى (١٩٩٦م) : المخدرات والمجتمع – نظرة تكاملية، دار المعرفة ، الكويت.

٣١- سويف ، مصطفى (٢٠٠٠م) : مشكلة تعاطي المخدرات ، القاهرة الدار المصرية اللبنانية .

٣٢- سوين ، ريتشارد (١٩٨٨م) : علم الأمراض النفسية والعقلية ، الكويت ، مكتبة الفلاح .

٣٣- الشاذلي ، عبد الحميد (٢٠٠١م) : الصحة النفسية وسكيولوجية الشخصية ، الإسكندرية ، المكتبة الجامعية .

٣٤- الشبانات ، عبد الرحمن (١٤١٦هـ) : تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي ، رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .

٣٥- الشناوي ، محمد محروس (١٩٩٦م) : العملية الإرشادية ، القاهرة، دار غريب .

٣٦- الشيخ ، صالح (١٩٨٥م): الإدمان على الكحول ، بغداد ، دائرة الشئون الثقافية والنشر .

٣٧- الصالح ، عبد الله وإسماعيل ، عزت (١٩٩٤م) : المرجع في الإدمان على الخمر والمخدرات والعقاقير ، الكويت ، جامعة الكويت .

٣٨- طالب ، أحسن (١٤٢٤هـ) : الإدمان ، محاضرات غير منشورة ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

٣٩- طالب ، أحسن (٢٠٠١م) : الوقاية من الجريمة ، بيروت ، دار الطليعة .

٤٠- طالب ، أحسن (٢٠٠٢م) : الجريمة والعقوبة والمؤسسات الإصلاحية ، بيروت ، دار الطليعة.

٤١- عبد الحميد ، مصري (١٩٩٢م) : سيكولوجية تعاطي المخدرات والمسكرات ، جامعة الكويت ، الكويت.

٤٢- عبد الله ، مجدي (١٩٩٦م) : علم النفس المرضي ، القاهرة ، دار المعرفة الجامعية .

٤٣- عبد المنعم ، عفاف (١٩٩٨م) : الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٤٤- عبيدات ، ذوقان (١٩٩٧م) : البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، دار أسامة للنشر ، الرياض .

٤٥- العساف ، صالح (١٤٠٩هـ) : المدخل للبحث في العلوم السلوكية، الرياض ، العبيكان للنشر .

٤٦- العفيفي ، عبد الحكيم (١٩٨٦م) : الإدمان ، دار الزهراء للإعلام والنشر ، القاهرة.

٤٧- عوده ، عبد القادر (١٩٩٣م) : التشريع الجنائي الإسلامي ، بيروت، مؤسسة الرسالة.
٤٨- عيد ، محمد (١٩٩٨م) : تاريخ تعاطي الحشيش (مجلة الأمن والحياة) ، الرياض .
٤٩- عيسوي ، عبد الرحمن (١٩٨٨م) : الأعصبة النفسية والذهانات العقلية ، بيروت ، دار النهضة العربية .
٥٠- غباري ، محمد سلامة (٢٠٠٢م) : الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية.
٥١- فايد ، حسين (٢٠٠٣م) : الاضطرابات السلوكية تشخيصها وأسبابها وعلاجها ، القاهرة ، طيبة للنشر .
٥٢- فرويد ، سيغموند (١٩٨٤م) : التحليل النفسي لرهاب الأطفال – هانز الصغير، ترجمة جورج طرابيشي ، دار الطليعة ، بيروت.
٥٣- فرويد ، سيغموند (١٩٨٦م) : النظرية العامة للأمراض العصابية، ترجمة جورج طرابيشي ، دار الطليعة ، بيروت.
٥٤- القرني ، محمد (١٤١٣هـ) : الخواف الاجتماعي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة لوالديه كما يراها الأبناء (رسالة ماجستير غير منشورة) ، جامعة الملك سعود .
٥٥- الكيلاني ، محمد (١٤١٤هـ) : دور الشريعة الإسلامية والوقاية من المخدرات ، الرياض ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
٥٦- المالح ، حسان (١٤٢٤هـ) : الرهاب الاجتماعي والإدمان ، موقع قوقل للبحث بالإنترنت www.googel.com .
٥٧- المالح ، حسان (١٩٩٤م) : الخوف الاجتماعي ، دمشق ، دار الإشراقات .

٥٨- مبارك ، زين العابدين (١٤١١هـ) : الحشيش ، الرياض ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .

٥٩- مباسا ، محمد (١٩٩٧م) : مأساة الإدمان ، بيروت ، دار الجبل .

٦٠- المحارب ، ناصر (٢٠٠٠م) : المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، دار الزهراء ، الرياض .

٦١- مدخلي ، أحمد (١٤١٦هـ) : فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود.

٦٢- المغربي ، سعد (١٩٨٤م): ظاهرة تعاطي الحشيش ، القاهرة ، دار الراتب .

٦٣- منصور ، عبد المجيد (١٩٨٦م) : الإدمان أسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج ، مركز أبحاث الجريمة ، الرياض.

٦٤- منصور، عبد المجيد (١٩٨٦م) : الإدمان أسبابه ومظاهره ، الرياض، مركز أبحاث الجريمة .

٦٥- منصور، محمد (١٩٩٥م): المخدرات ، القاهرة ، دار نهضة مصر.

٦٦- موسى، جمال الدين (بدون تاريخ): عالم الحشيش، القاهرة، الهيئة المصرية للكتاب .

٦٧- النابلسي، محمد (١٩٨١م) : مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، بيروت، دار النهضة العربية.

٦٨- ياسين، عطوف (١٩٨٨م): أسس الطب النفسي الحديث ، بيروت، منشورات بحسون.

ثانياً: المراجع الأجنبية :

1- American psychiatric Association (1987) Diagnosticl and Statistical manual of mental disorders "DSM – 111 – R" Washington D. C., American Psychiatric Association.

2- American Psychiatric Association (2000) Diagnostical and Statistical manual of mental disorders " DSM – IV – TR, 2000" Wahington D. C., American Psychictric Association.

3- Amies, P. and celder, M. and Show, P. (1983): Social Pobia: Acom Parative Clinical Study. British Journal Psychiatry Vol. 142 : 174 – 179.

4- Angelica, K., James, S., Suzanne E. Thomas and Cavriel, (2000) cognitive behavioral delapse in frmale sccially phobic alcoholics, Addictive Behaviors' Volume 25, Issue 3, May – June 2000, Pages 333 – 345.

5- Arendt and Muuk, (2004) Hevy cannabis users seeking treatment, of psychtitric demography, Risskou, Dent mark.

6- Beck, Aaron. T, and Emery, Gary (1985) Anxiety disorders and Phobias, Basic books, Now York.

7- Bisserbe, J C., weiller E, Boyer p, Lepine Jp, Lecrubier y. (1996) Social Phobia in primarycarei level of recognition, Hopitaldela salpetriere paris.

8- Braw man, Mintzer o, Lydiard RB, Emanuel N, Payeur R, Johnson M, Ballenger Jc. (1999) psychiatric Comorbidity in Patients With generalized anxiety disorder, medical university of South Corolina, U. S. A.

9- Brunello, Alen Boer, L. Judd, S. Kasper, J. E. Kelesey, M, Lader, Y. Lepine, R. Mendlewicz, (2000) Social Phobia diagnosis and epidemiology, Journal of Affective disorders, U. S. A.

10- Chaleby, K. (1987): Social Phobia in Saudis Journal of Social Psychiatry Vo1. 22 : 167-170.

11- Chaleby, K; and Raslan, A. (1990): Delineation of Social Phobia in Saudia Arabians. Jornal of Social Psychiatry. Vo1. 25 : 324 – 327.

12- Chartier, Mj. Sareen J, Kjernisted KD and Stein MB. (2001) Comorbidity of Phobic disorders With alcoholism in a Canadian Community Sample De Partment of psychiatry, university of Manitoba, Winnipege Canada.

13- Chartier, Mjet, walker JR, Stein Mb. (2003) Cansidering Comorbidity in Social Phobia' Community Health Sciences, university of Manitoba, Winnipeng, Canada.

14- Gosiman Rm' Allsworth J. Rogers MD, warshaw MG, Golden berg, Vasile, Rodriguez, and Keller MB. (1998) Simple Phobia a Sacomor bid anxiety disorder, Massachusetts Mental Health, Boston.

15- Greist, JH., (1995) the diagnosis of Social Phobia, Dean Foundation for Health, Madison, U. S. A.

16- Heimberg, R. G. (1994) Cognitive assessment Strategies and the measurement of out Come of treatment for Social

Phobia. Behaviour Research and theraby Vo1. 32 (2), 269 – 280.

17- Lepine, JP, and Pelissolo, A., (1998) Social Phobia and Alcoholism, Hopital Fernand Widal, Paris.

18- Liebowitz, M., Gorman, J., Fyer, A, and Klein, D. (1985) Social Phobia Review of Anegtected, Anxiety Disorder. Archives of Genorol Bychiatry, Vo1, 42 : 729-736.

19- Lotufo – Neto, F, and Gentil, (1999) Alcoholism and Phobic anxiety aclinical demogroaphic Comparison, Instituto do Psiguiatria, Brazil.

20- Lynskey MT, Glowinski Al, Todorov AA, Bucholz KK, and madden PA, (2004) Major depressive disorder, suicidal ideation, and Suicide ate in twins discordant for Cannabis depend ence and Carly-onset Cannabis use. Queensland Institute of Medical Resarch, Bribane.

21- Marshal, JR., (1996) Comorbidity and its effects on panic disorder, university of Wisconsin Anxiety Disorders center, Madison 53719, U.S.A.

22- Marshall, John, R. (1994) Social Phobia: From Shyness to Stage fright Basic books, Now York.

23- Merilcangas, RP, and Angst, J., (1995) Comorbidity and Social Phobia, Genetic Epidemiology Research U Ait, New Haven, U. S. A.

24- Nunes and Levin, (2004) treatment of depression patients with Alcohol or other drug dependence : ameta – analysis, depression Evaluation Service, New York.

25- Roeloffs, Carol A, Wells, Kenneth B, and Ziedonis (2002) Problem Substance Use among depressed in managed Primaty care, Department of Psychiatty and Behavioral Sciences, U.S.A.

26- Schade, A, Marquenie, LA, Van Balkom A, Koeter MW, De-Beurs and Van Dyck R. (2004) Alcohol – dependent Patients with Comorbid pohobic disorders, Depart me nt of Psychiatry and Institute for extramural medicine, Amsterdam.

27- Segui, J., et al, (2001) Panic disorder in Spanish sample of 89 patients with pure alcohol dependence, Depart ment of Psychiatry, Hospital sagratcor, C/ Viladomat 288,08021, Barcelona, Spain.

28- Sellman, JD, ad Joyce (1996) Phobic disorders are associated with temperament in Alcoholic men, Department of Psychological medicine, New Zealand.

29- Strik, CJ., Urbanoski, KA. , and Rush (2003) Who Seeks treatment for Cannabis – related Problems, Health systems Resarch and Consulting uint, Toronto.

30- Thomas, SE, Thevos Ak, and Randall CL. (1999) Al Coholics with and without Social Phobia, medical University of South Carolina, Charleston, U.S.A.

31- Von Ameringen, M., (1991) Rolation Ship of Social Phabia With other Psychiatric illness, Department of Psychiatry, Canada.

32- Wolpe, J., (1982) the practice of be haiuior therapy, Pergamon, press N.Y.

33- World Health organization (1992) The ICD – 10 Classiffication of mental and be hauioural disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines world Health organization, Geneva.

34- Zilber man, ml., Hochgraf PB, Brasiliano S, and Milharcic SI. (2001) Drug dependent woment, University of Saopaulo, Brazil.

الملاحـــــــق

مقيـــاس الرهاب الاجتماعي
بصورته الأولية المعدة للتحكيم

مقيـــاس الرهاب الاجتماعي
بصورته النـهائـية

البيانات الشخصية

١- العمر (   ) .

٢- الحالة الاجتماعية .

- متزوج (   )
- أعزب (   )
- مطلق (   )
- أرمل (   )

٣- المؤهل العلمي :

- ابتدائي (   )
- متوسط (   )
- ثانوية عامة أو ما يعادلها (   )
- بكالوريوس (   )
- أخرى ... اذكرها ....

٤- مستوى الدخل :

- أقل من ٢٠٠٠ ريال (   )
- من ٢٠٠٠ ريال إلى أقل من ٤٠٠٠ ريال (   )
- من ٤٠٠٠ ريال إلى أقل من ٦٠٠٠ ريال (   )
- من ٦٠٠٠ ريال إلى أقل من ٨٠٠٠ ريال (   )
- من ٨٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٠٠٠٠ ريال (   )
- أكثر من ١٠٠٠٠ ريال (   )

٥- عدد مرات دخول مجمع الأمل للصحة النفسية بقصد العلاج من إدمان (المسكرات – الحشيش) (   )

مقياس الرهاب الاجتماعي

العبـــــــــارة	يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق
١- أتجنب النشاطات التي أكون فيها محط انتباه الآخرين مثل الحفلات .				
٢- أتجنب إلقاء الكلمات الارتجالية أمام الأشخاص الذين أعرفهم.				
٣- أرتبك أثناء قيامي بعمل معين إذا كان الآخرين ينظرون إلي لحظتها.				
٤- أشعر بزيادة كبيرة في ضربات القلب بشكل كبير عندما أتحدث أمام الآخرين.				
٥- أتجنب المشاركة في النقاشات بصوت مسموع.				
٦- من عادتي أخذ زمام المبادرة بالحديث مع من أعرف ومن لا أعرف من الأشخاص.				
٧- أشعر بالارتباك عند وقوفي لوحدي في المواقف العامة مثل مواقف الباصات وإشارات المرور.				
٨- أشعر بالرهبة من الأشخاص الذين هم في مراكز السلطة مثل رجل الأمن.				
٩- يتشتت ذهني وتصبح أفكاري مشوشة وغير مرتبة عندما أتحدث أمام الآخرين.				
١٠- أشعر بالارتباك والحرج الشديد عندما لا يفسح لي الآخرون مكان للجلوس.				
١١- أشعر بالسرور والارتياح عند مشاركتي في المناسبات العامة.				
١٢- تزداد ضربات قلبي عندما أتخيل نفسي في موقف صدام مع أحد.				
١٣- أشعر بحرج كبير في إعادة السلعة المعيبة إلى البائع.				
١٤- أشعر بالكآبة والحزن لأن الآخرين لاحظوا خوفي.				
١٥- أتجنب إمامه المصلين في الصلوات الجهرية خوفاً من تغير نبرة صوتي.				
١٦- أشعر بالارتباك والحرج عندما أتحدث هاتفياً في وجود الآخرين.				
١٧- أتجنب الأكل والشرب في الأماكن العامة أمام الآخرين.				
١٨- أتجنب استخدام دورات المياه العامة في وجود الآخرين.				

العبـــــــــارة	يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق
١٩- لا أجد مواضيع للحديث عندما أتكلم مع شخص لا أعرفه.				
٢٠ - أعبر عن مشاعري تجاه الآخرين بلا تردد.				
٢١- أجد صعوبة كبيرة في المطالبة بحقوقي لدى الآخرين.				
٢٢- أشعر بالخوف من أن أعارض رأي الأغلبية.				
٢٣- أشعر بالحرج الشديد عندما يكون مظهري أقل من الآخرين.				
٢٤- أتجنب حرج مشاعر الآخرين لو جرحوا مشاعري.				
٢٥- أخجل من الخروج من المحل دون شراء شيء.				
٢٦- أعبر عن رفضي للمواقف التي لا تعجبني براحة مطلقة.				
٢٧- أشعر بالحرج من حمل المشتريات في الشارع.				
٢٨- أبادر بزيارة الأصدقاء والأقارب باستمرار.				
٢٩- أتولى تنسيق المناسبات العائلية واستقبال الضيوف والعناية بهم.				
٣٠- أفضل الجلوس في المنزل ومشاهدة التلفاز على الخروج.				
٣١- أسأل عن الأشياء التي لا أعرفها دون تردد.				
٣٢- أجلس في صدر المجلس في الحفلات والمناسبات العامة باستمرار.				
٣٣- أشعر بالارتباك والحرج عندما يسألني شخص عن شيء لا أعرفه.				
٣٤- أشعر أنني حساس جداً تجاه أي نقد أو تعليق.				
٣٥- أجد صعوبة في الاعتذار عن تقديم خدمة لأحد.				
٣٦- أشعر بالحرج الشديد عندما يثني الآخرون على مظهري أو قدراتي.				
٣٧- أحرص على اصطحاب صديق عند ذهابي للمناسبات العامة.				
٣٨- أشعر بضيقة في الصدر ورغبة قوية في الانصراف أثناء جلوسي في المناسبات العامة.				

مقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي المسكرات

العبـــــــــارة	يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق
١- ساعدني شرب المسكر في التغلب على الخوف عند مقابلة الآخرين.				
٢- أخبرني صديق أن شرب المسكر يساعد في التغلب على الخوف .				
٣- اكتشفت أن شرب المسكر يساعد في التغلب على الخوف من خلال التجربة الشخصية.				
٤- يتبادر شرب المسكر إلى ذهني عندما أعلم أن هناك مناسبة يجب حضورها.				
٥- أشعر أنني لن أواجه الآخرين بشكل مرضي دون شرب المسكرات .				
٦- أشعر بقدرة على التواصل مع الآخرين بعد شراب المسكر .				
٧- تزداد ثقتي بنفسي عندما أشرب المسكر.				
٨- أستطيع ارتجال كلمة أمام الآخرين بعد شرب المسكر .				
٩- لا يزعجني أن أكون محط أنظار الآخرين بعد شراب المسكر .				
١٠- أتجنب الذهاب إلى المناسبات إذا لم أجد المسكر .				
١١- تزول مظاهر الرهبة بعد أن أشرب المسكر .				
١٢- أبادر بالحديث مع الآخرين عندما أكون شارباً للمسكر .				

مقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي الحشيش

العبـــــــــارة	يعبر عن حالتي تماماً	يعبر عن حالتي إلى حد كبير	يعبر عن حالتي بعض الشيء	لا يعبر عن حالتي على الإطلاق
١- ساعدني تعاطي الحشيش في التغلب على الخوف عند مقابلة الآخرين.				
٢- أخبرني صديق أن تعاطي الحشيش يساعد في التغلب على الخوف .				
٣- اكتشفت أن تعاطي الحشيش يساعد في التغلب على الخوف من خلال التجربة الشخصية.				
٤- يتبادر تعاطي الحشيش إلى ذهني عندما أعلم أن هناك مناسبة يجب حضورها.				
٥- أشعر أنني لن أواجه الآخرين بشكل مرضي دون تعاطي الحشيش.				
٦- أشعر بقدرة على التواصل مع الآخرين بعد تعاطي الحشيش.				
٧- تزداد ثقتي بنفسي عندما أتعاطى الحشيش.				
٨- أستطيع ارتجال كلمة أمام الآخرين بعد أن أتعاطي الحشيش.				
٩- لا يزعجني أن أكون محط أنظار الآخرين بعد تعاطي الحشيش.				
١٠- أتجنب الذهاب إلى المناسبات إذا لم أجد الحشيش.				
١١- تزول مظاهر الرهبة بعد أن أشرب المسكر .				
١٢- أبادر بالحديث مع الآخرين عندما أكون متعاطياً للحشيش .				

قائمة بأسماء السادة المحكمين
لأداتي الدراسة

م	اسم المحكم	جهة العمل
١	د/ إبراهيم الماحي	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٢	أ. د/ أحسن طالب	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٣	أ. د / أحمد مهدي	جامعة الملك سعود
٤	أ. د/ السيد أبو هاشم	جامعة الملك سعود
٥	د/ صلاح العبد القادر	جامعة الملك سعود
٦	د/ عبد الحفيظ مقدم	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٧	د/ محمد منصور الشافعي	جامعة الملك سعود
٨	د/ محمد علي العسيري	جامعة الملك سعود
٩	د/ وفاء نصار	جامعة الملك سعود